

L'Alleanza Globale per le Vaccinazioni (GAVI) e il contributo italiano all'iniziativa

di Eduardo Missoni¹

Indice

Introduzione	3
1. La salute materno infantile e l'evoluzione delle strategie nel contesto delle politiche per la salute	5
1.1. <i>La situazione globale della salute materna, e della prima e seconda infanzia</i>	5
1.2. <i>La promozione della salute, le cure primarie per la salute (Primary Health Care) e l'origine dell'approccio selettivo</i>	7
1.3. <i>I partenariati pubblico-privati: le origini</i>	12
1.4. <i>Iniziative globali e partenariati pubblico-privato in campo sanitario: funzionamento, influenza, valore aggiunto e criticità</i>	14
1.5. <i>Le iniziative globali per la salute materno infantile</i>	18
1.5.1. <i>La salute materna, della prima e della seconda infanzia nell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile</i>	19
1.6. <i>I finanziamenti per la salute materno infantile</i>	20
2. L'Alleanza GAVI	23
2.1. <i>Origini ed evoluzione</i>	23
2.1.1. <i>Antecedenti</i>	23
2.2. <i>Status legale e sua evoluzione</i>	24
2.2.1. <i>GAVI Campaign</i>	25
2.2.2. <i>IFFIm e GAVI Fund Affiliate</i>	25
2.2.3. <i>IFFIm Sukuk Company Limited</i>	26
2.3. <i>Organizzazione e governance istituzionale</i>	26
2.3.1. <i>Partner e parti interessate</i>	26
2.3.2. <i>Il Consiglio di amministrazione (Board)</i>	26
2.3.3. <i>Il Segretariato</i>	28
2.4. <i>Funzionamento</i>	28
2.5. <i>Finanziamento</i>	29
2.6. <i>Meccanismi finanziari innovativi utilizzati dalla GAVI: IFFIm e AMC</i>	30
2.6.1. <i>International Finance Facility for Immunization (IFFIm)</i>	30
2.6.1.1. <i>Struttura e governance</i>	30
2.6.1.2. <i>Evoluzione e funzionamento</i>	31
2.6.1.3. <i>Aspetti finanziari</i>	31
2.6.2. <i>Advance Market Commitment (AMC)</i>	33
2.6.2.1. <i>Evoluzione e funzionamento</i>	34

¹ Centro di ricerca sulla gestione dell'assistenza sanitaria e sociale (CERGAS), Università Bocconi, Milano; Dipartimento di sociologia e ricerche sociali, Università Milano Bicocca ; Geneva School of Diplomacy and International Relations, Geneva.

2.6.2.2. Valutazione dell'AMC Pilota	36
2.7. Risultati conseguiti dall'Alleanza: prodotti (Output); benefici diretti (outcome) e impatto	37
2.8. Criticità: efficienza; efficacia; impatto dell'Alleanza GAVI	38
3. La Cooperazione italiana per la salute materno infantile e la partecipazione a GAVI	42
3.1. Strategie della Cooperazione italiana per la salute globale e la salute materno infantile.....	42
3.2. I cambiamenti introdotti in seguito alla Legge n.125/2014.....	43
3.3. Esperienze della Cooperazione italiana in salute globale e per la salute materno infantile.....	45
3.4. L'Italia e i partenariati pubblico-privato in tema salute: dal dibattito degli anni 2000 alla Legge di riforma (L.125/14).....	46
3.5. Partecipazione dell'Italia all'Alleanza GAVI.....	47
3.5.1. Aspetti strategici	47
3.5.2. Partecipazione finanziaria: evoluzione di stanziamenti, impegni e erogazioni, e proiezioni	48
3.5.3. La partecipazione italiana agli strumenti internazionali di finanza innovativa gestiti dalla GAVI	49
3.5.3.1. International Finance Facility for Immunization (IFFIm).....	50
3.5.3.2. Advance Market Commitment (AMC)	50
3.5.4. Le responsabilità nella gestione delle relazioni con l'Alleanza GAVI e del suo finanziamento: cosa cambia con l'introduzione della L.125/14	51
3.5.5. Strumenti di monitoraggio della partecipazione italiana al GAVI	52
4. Forze, debolezze, opportunità e rischi. Per un ruolo propositivo dell'Italia ...	53

Introduzione

La salute della madre e della prima e seconda infanzia cui - per praticità - faremo spesso riferimento come salute materno-infantile, è da sempre al centro dell'agenda globale per lo sviluppo in sanità, e la sua rilevanza nel più ampio contesto delle politiche di salute pubblica è tale che gli estensori della Costituzione dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) si preoccuparono di menzionare il diritto alla salute del bambino nel preambolo di quel primo accordo mondiale dalle caratteristiche vincolanti, specificando la salute materno-infantile tra gli obiettivi di quella Organizzazione.² Sia la salute materna che quella infantile furono inclusi tra gli Obiettivi di sviluppo del millennio (OSM) e nella nuova *Agenda 2030* quei traguardi sono i primi due tra quelli indicati per il raggiungimento del terzo Obiettivo di sviluppo sostenibile (OSS).

Da sempre la promozione della salute materno-infantile è al centro dell'azione della Cooperazione italiana allo sviluppo in quanto parte integrante e fondamentale delle Cure primarie per la salute, delle finalità di qualsiasi buon sistema di salute e, soprattutto, di una cooperazione che persegue tra gli altri come obiettivi fondamentali lo sradicamento della povertà, la riduzione delle disuguaglianze, il miglioramento delle condizioni di vita delle popolazioni, la tutela e l'affermazione dei diritti umani.³

Le vaccinazioni sono da tempo riconosciute come uno strumento efficace per la prevenzione primaria di malattie comuni e spesso mortali, e quindi per la riduzione della mortalità nella prima e seconda infanzia. Con vaste campagne di vaccinazione, ma soprattutto con l'integrazione dei servizi di vaccinazione in sistemi sanitari capaci di renderne universale, permanente e sistematico l'accesso, molti Paesi hanno potuto ridurre sensibilmente l'incidenza di alcune tra le principali malattie dell'infanzia e la mortalità da essa derivante. A questo successo ha contribuito senza dubbio un importante contributo della comunità internazionale, in particolare grazie alle direttive dell'OMS e le operazioni sostenute dall'UNICEF, con il contributo finanziario di molti Paesi donatori. A questi si sono aggiunti da un paio di decenni altri partner, con un ruolo trainante della Fondazione Bill & Melinda Gates, intervenuta quando il programma mondiale di vaccinazioni si trovava in crescente difficoltà, soprattutto per la discontinuità del supporto dei donatori governativi. Nel 2000, con il contributo determinante della Fondazione Gates prese così avvio la *Global alliance on vaccines and immunizations* (GAVI), secondo un nuovo modello di partenariato pubblico-privato che si andava affermando in quegli anni e che oggi caratterizza un gran numero di iniziative globali in sanità e nuovi assetti organizzativi. Se da un lato tali iniziative hanno contribuito in maniera significativa ad ampliare considerevolmente l'accesso a farmaci, vaccini e dispositivi medici, dall'altra hanno contribuito ad un'inevitabile frammentazione dei sistemi di salute e dell'Aiuto internazionale, rendendone sostanzialmente più complessa la governance e modificando equilibri e ruoli tradizionali, in particolare in relazione alla governance della salute.

Non senza contraddizioni, anche la Cooperazione italiana ha attivamente contribuito alla promozione del nuovo modello ed è ritenuta un partner importante in alcuni partenariati pubblico-privato globali, se non altro per il suo significativo contributo finanziario.

Nell'ambito del processo di riforma della sua cooperazione allo Sviluppo, avviato con l'approvazione della Legge n.125 dell'11 agosto 2014, l'Italia si è dotata di nuovi strumenti attuativi, in gran parte da mettere ancora a punto. Alla luce di questi cambiamenti, il presente lavoro si propone di analizzare sul piano strategico, tecnico ed economico la partecipazione e il contributo finanziario italiano - storico e annunciato - alla *GAVI Alliance* (GAVI), individuandone gli strumenti per il monitoraggio, nel più ampio contesto di una riflessione

² WHO (1948). Constitution of The World Health Organization

³ Legge 11 agosto 2014, n. 125 "Disciplina generale sulla cooperazione internazionale per lo sviluppo", art. 1, commi a) e b).

sulle partnership globali pubblico-private nel settore sanitario e della partecipazione italiana a tali iniziative.

A tal fine è stata condotta un'estesa, ma certamente non esaustiva, ricognizione della letteratura istituzionale e scientifica, e della normativa rilevante, ivi inclusi i resoconti delle sedute parlamentari, le leggi finanziarie e di stabilità. Per gli aspetti quantitativi, si è fatto principale riferimento alle banche dati della stessa GAVI e dell'*Institute of Health Metrics and Evaluation* (IHME). Per una valutazione della partecipazione italiana si è poi fatto ricorso ad un'analisi forze-debolezze-opportunità-rischi (SWOT)⁴.

Nei primi due capitoli si esamina la situazione della salute materno-infantile a livello globale e si descrive l'evoluzione delle strategie per la salute materno-infantile nel contesto delle politiche e delle iniziative globali per la salute. Ci si sofferma poi sulla GAVI descrivendone l'evoluzione e riflettendo sulla sua forma giuridica, delineandone l'architettura organizzativa e i processi decisionali, ed esaminandone in un certo dettaglio i meccanismi di finanziamento, che dell'iniziativa rappresentano probabilmente gli elementi più caratteristici. Riassunti i principali risultati della GAVI si cerca di delinearne le criticità.

Il quarto capitolo è specificamente dedicato all'esperienza della Cooperazione italiana a favore della salute materno-infantile, nel più ampio contesto delle sue strategie in sanità, e al contributo italiano alla GAVI. Il lavoro si conclude con alcune considerazioni basate sull'analisi di forze, debolezze, opportunità e rischi derivanti dalla partecipazione italiana alla GAVI e con alcune raccomandazioni per un riposizionamento strategico dell'Italia.

⁴ Acronimo inglese di « Strengths-Weaknesses-Opportunities-Threats »

1. La salute materno infantile e l'evoluzione delle strategie nel contesto delle politiche per la salute

1.1. La situazione globale della salute materna, e della prima e seconda infanzia

Più di un terzo del carico globale di mortalità precoce è costituito da morti materne, di bambini e adolescenti, nonostante la grande maggioranza di queste morti siano prevenibili. Pertanto si tratta di morti inique.⁵

Rispetto ai Paesi a reddito più alto, nei Paesi in via di sviluppo la mortalità materna è 19 volte superiore e la probabilità che un bambino muoia prima di raggiungere i cinque anni di età è 8 volte superiore.

Nonostante i progressi registrati, gli Obiettivi di sviluppo del millennio (OSM) relativi alla mortalità materna e della prima e seconda infanzia, non sono stati raggiunti. L'OSM4 prevedeva la riduzione del tasso di mortalità nei minori di 5 anni (U5MR)⁶ di due terzi rispetto al 1990 e la riduzione si è fermata al 53%. L'OSM 5 aspirava ad una riduzione del 75% della mortalità materna, che si è invece ridotta solo del 44%.⁷

Secondo i dati dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) nel 2015 ogni giorno nel mondo circa 830 donne sono morte per cause legate alla gravidanza o al parto, e più di 5,9 milioni di bambini sono morti prima di aver raggiunto i cinque anni di età. Più della metà di queste morti precoci sono dovute a cause che possono essere prevenute o curate con successo assicurando l'accesso a interventi semplici a costi ridotti.⁸

Le principali cause di morte nei bambini sotto i cinque anni di età sono dovute a complicazioni della nascita pretermine, polmoniti, asfissia neonatale, diarrea e malaria. Circa il 45% di tutte le morti nei bambini sono legate alla malnutrizione. I bambini che vivono nell'Africa Subsahariana hanno una probabilità quattordici volte superiore di morire prima di raggiungere i cinque anni di età rispetto ai loro coetanei in paesi più sviluppati. Globalmente le morti neonatali sono passate da 5,1 milioni nel 1990, a 2,7 milioni nel 2015. Purtroppo, globalmente la riduzione della mortalità neonatale (ridottasi del 47%) è stata inferiore a quella post-neonatale in bambini minori di cinque anni (ridottasi del 58%). Se la tendenza attuale dovesse persistere la percentuale di morti nel periodo neonatale rispetto al totale delle morti nei minori di 5 anni aumenterà dall'attuale 45% al 52% nel 2030. La riduzione della mortalità nei minori di cinque anni tra il 1990 e il 2015 è stata considerevole, passando da 12,7 (1990) a 5,9 milioni di morti nel 2015. Il tasso di mortalità sotto i cinque anni è sceso da 91 morti per mille nati vivi, nel 1990, a 43/1000, nel 2015; con una consistente accelerazione tra il 2000 e il 2015. I bambini a più alto rischio sono quelli che vivono in aree rurali, appartenenti a famiglie povere o sono figli di madri con bassi livelli educativi.⁹

Guardando alla salute infantile non ci si può però limitare a misurare la mortalità. Il profilo epidemiologico della morbosità e della mortalità nei bambini e negli adolescenti sta rapidamente cambiando a livello globale. Le priorità emergenti nell'agenda globale includono anomalie congenite, incidenti e malattie non trasmissibili (malattie respiratorie croniche, malattie cardiovascolari acquisite, tumori infantili, diabete e obesità), di cui è possibile

⁵ Berlinguer, G. (2000). *Bioetica quotidiana*. Giunti, Firenze, pp. 176-177

⁶ U5MR è l'acronimo inglese per *Under 5 mortality rate*.

⁷ WHO (2015). *Health in 2015: from MDGs, Millennium Development Goals to SDGs, Sustainable Development Goals*. World Health Organization, Geneva.

<http://www.who.int/gho/publications/mdgs-sdgs/en/> (accesso del 12.2.2016)

⁸ WHO (2016). *Children: reducing mortality*. Fact sheet. Updated January 2016.

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/en/> (accesso del 12.2.2016).

⁹ *Ibidem*

prevenire i fattori di rischio. A livello mondiale il numero di bambini sovrappeso è passato da 32 milioni nel 2000 a 42 milioni nel 2013, aumentando anche in paesi con un contemporaneo elevato tasso di iponutrizione. Ai ritmi attuali tra dieci l'11% dei bambini sotto i cinque anni sarà sovrappeso (7% nel 2015).¹⁰

Per centinaia di milioni di bambini che sopravvivono ai primi anni di vita, le condizioni sociali e di salute sperimentate nei primi anni di vita, ne condizionano i seguiti impedendo loro di esprimere appieno il loro potenziale di sviluppo con conseguenze gravissime per la loro salute e per la società in generale. Molte delle problematiche sociali, ivi incluse le più rilevanti cause di malattia in età adulta, hanno origine nell'infanzia. Le iniquità sociali sofferte all'inizio della vita si riflettono nelle iniquità in salute in età più avanzata, persino con impatto intergenerazionale. L'educazione della madre, per esempio, è un determinante centrale della salute del bambino, della sua sopravvivenza e dei suoi successivi risultati scolastici.¹¹

La mortalità materna rimane inaccettabilmente elevata. Nel 2015 circa 303'000 donne sono morte per cause legate alla gravidanza e al parto; una di ogni 180 donne in età riproduttiva. Quasi tutte queste morti si sarebbero potute evitare.^{12,13} Più del 40% delle donne che vivono in Africa e nel Sudest asiatico nel 2013 non avevano accesso ad un parto assistito da personale addestrato.¹⁴

Oltre alla mortalità bisogna contemplare le gravi sequele dei parti senza assistenza o non adeguatamente assistiti. Tra queste la depressione e la psicosi puerperale, l'incontinenza urinaria e il prolasso uterino, cicatrici perineali e deficienze nutrizionali e devastanti fistole ostetriche causate da parti prolungati o con complicanze, che spesso si concludono con la morte del feto), che interessano più di due milioni di donne nel mondo (da 50'000 a 100'000 nuovi casi ogni anno).¹⁵

La salute materno-infantile, è un tema centrale di salute pubblica e di massima importanza nel più ampio contesto delle politiche per lo sviluppo, e non solo di quelle relative al settore sanitario. Il raggiungimento di traguardi sostenibili di salute materna, della prima e seconda infanzia, è inevitabilmente legato ad un approccio integrato intersettoriale che richiede, tra l'altro, la continuità di cure universalmente accessibili dal periodo pre-natale, attraverso tutta la gravidanza fino al parto, e dalla nascita fino ai primi anni di vita e nell'adolescenza. Prima ancora di un'assistenza qualificata e un adeguato accesso a vaccini e farmaci essenziali, ai bambini dovrebbero essere assicurati adeguata nutrizione e ambienti di vita sani e sicuri (qualità abitativa, acqua pulita, sistemi fognanti adeguati e adeguata igiene ambientale, protezione dalla violenza). La qualità dell'alimentazione è cruciale e inizia *in utero* assicurando adeguata nutrizione alle madri; è indispensabile assicurare l'immediato avvio dell'allattamento al seno alla nascita e protrarne la durata in forma esclusiva per i primi sei mesi di vita e oltre durante lo svezzamento, divenendo poi fondamentale un adeguato e corretto apporto nutrizionale mediante un'alimentazione completa e diversificata.¹⁶

La salute in generale e quella materno-infantile in particolare, è un riflesso delle condizioni di vita della popolazione, ovvero dei determinanti della salute e la sua promozione richiede un

¹⁰ *Ibidem*

¹¹ CSDH (2008). Closing the gap in a generation. Report of the Commission on Social Determinants of Health. World Health Organization, Geneva.

¹² WHO (2015). Health in 2015... *Op.cit.*

¹³ WHO (2016). Maternal mortality. Fact sheet N°348. Updated November 2015. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/> (accesso del 12.2.2016)

¹⁴ WHO. (2015). Health in 2015... *Op.cit.*

¹⁵ Bonati, M., Campi, R. (2006). La salute materno infantile. In: "A caro prezzo. Le disuguaglianze nella salute. 2° Rapporto dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale", Edizioni ETS, Pisa, pp. 71-84.

¹⁶ CSDH (2008). Closing the gap in a generation. Report of the Commission on Social Determinants of Health. World Health Organization, Geneva

approccio sistemico e coordinato, di ciò bisognerebbe tenere conto nella formulazione di strategie d'intervento e di cooperazione internazionale. Invece, come vedremo appresso, l'iniziativa internazionale ha avuto la tendenza da un lato a concentrarsi su approcci biomedici selettivi, e dall'altro a moltiplicare iniziative tra loro non sempre coordinate, con frammentazione dell'indirizzo e dei processi decisionali (*governance*) a livello globale e degli interventi a livello Paese, con conseguente spreco di risorse.

1.2. La promozione della salute, le cure primarie per la salute (*Primary Health Care*) e l'origine dell'approccio selettivo

Nello statuto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità – accordo internazionale con valore vincolante - la salute viene definita come «uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non esclusivamente assenza di malattia». Più avanti la salute è riconosciuta come un «diritto fondamentale di ogni essere umano senza distinzione di razza, religione, credo politico, condizione economica o sociale». ¹⁷ D'altra parte il diritto alla salute è indissolubilmente legato al diritto a condizioni di vita e ai servizi che possano assicurarlo, come si legge nella Dichiarazione Universale dei Diritti Umani, all'art. 25: «Ogni individuo ha diritto ad un tenore di vita sufficiente a garantire la salute e il benessere proprio e della sua famiglia, con particolare riguardo all'alimentazione, al vestiario, all'abitazione, e alle cure mediche e ai servizi sociali necessari». ¹⁸

Nel 1977 l'Assemblea Mondiale della Sanità stabilì l'obiettivo della “Salute per tutti entro l'anno 2000” e l'anno successivo ad Alma Ata tutti i governi del mondo individuaron nelle Cure primarie per la salute (*Primary Health Care*, PHC) la strategia per il raggiungimento di quell'impegnativo traguardo. La strategia individuata nella Dichiarazione di Alma Ata proponeva la PHC quale “parte integrante” del sistema sanitario di ciascun paese, ma soprattutto dell' “intero sviluppo sociale ed economico” della collettività, in una visione basata sull'equità, la partecipazione comunitaria, l'attenzione centrata sulla prevenzione, la tecnologia appropriata ed un approccio intersettoriale ed integrato allo sviluppo. ¹⁹ L'attuazione della PHC avrebbe richiesto il riorientamento dei sistemi sanitari, in quanto a politiche, strategie ed allocazione delle risorse. Una «rivoluzione nel modo di pensare» – come commentò trenta anni dopo l'allora Direttore generale della OMS, Hafdan Mahler, grande promotore della PHC. ²⁰ Quella “rivoluzione” si scontrava però con le resistenze derivanti dall'organizzazione sociale e dalla distribuzione del potere in molti paesi in via di sviluppo, e più in generale con la prevalente concezione biomedica della salute. Sulla spinta di una riunione tenutasi appena un anno dopo Alma Ata tra responsabili della Banca Mondiale, di USAID, dell'UNICEF, della Fondazione Ford e della Fondazione Rockefeller, che ospitò l'evento nel proprio centro di Bellagio (Italia), si sviluppò una corrente di pensiero – immediatamente sostenuta da alcuni settori accademici e divenuta poi dominante – che tradusse quell'innovativa visione in un approccio riduttivo, denominato *Selective Primary Health Care* consistente nell'applicazione selettiva di misure «dirette a prevenire o trattare le poche malattie che sono responsabili della maggiore mortalità e morbosità nelle aree meno sviluppate e per le quali esistano interventi di provata efficacia». ²¹

L'applicazione di strategie selettive delle PHC si tradusse quindi nella riorganizzazione dei sistemi sanitari per “programmi verticali” (immunizzazioni, pianificazione familiare, controllo di singole malattie, etc.) e, quindi, nella disarticolazione dell'azione di sanità

¹⁷ WHO (1948). *Op.cit.*

¹⁸ Nazioni Unite (1948). Dichiarazione Universale de diritti umani, approvata dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite il 10 dicembre 1948

¹⁹ Declaration of Alma-Ata (1978). International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978

²⁰ WHO (2008). “Primary health care comes full circle”, *Bulletin of the World Health Organization*, 86 (10): 747-748

²¹ Walsh, J. A., & Warren, K. S. (1979). Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. *New England Journal of Medicine*, 301: 145–163

pubblica, con moltiplicazione di costi e spreco di risorse, senza parlare del totale scollegamento dall'azione di "sviluppo" realizzato in altri settori (educazione, produzione, etc.). L'attenzione si era allontanata dalla produzione della salute, per focalizzarsi sul controllo delle malattie.²²

Il menzionato approccio selettivo, impostosi negli anni '80, non obbligando ad impegnative riorganizzazioni del sistema e significativi investimenti nella sanità pubblica, era anche confacente all'emergere di nuove dottrine macroeconomiche che imponevano la riduzione del ruolo dello Stato e la contrazione della spesa pubblica.

I cosiddetti Piani d'aggiustamento strutturale (PAS) imposti dalle Istituzioni di Bretton Woods ai Paesi in via di sviluppo in risposta alla cosiddetta "crisi del debito", introduceva nel contesto della riforma dell'Amministrazione pubblica, la riforma del settore sanitario. *La Riforma* imposta dalla Banca Mondiale - che ovunque prevedeva lo smantellamento dei sistemi di sanità pubblica, l'introduzione di *user fees* (quote a carico dell'utente), la promozione di meccanismi alternativi di finanziamento dei servizi sanitari (finanziamento comunitario e assicurazioni sanitarie), la liberalizzazione e privatizzazione del settore - riproponeva un aggiornamento dell'approccio "selettivo" nel controllo delle condizioni morbose promuovendo l'introduzione di un "pacchetto minimo essenziale" su cui focalizzare l'azione di sanità pubblica diretta ai poveri. E' di quegli anni il programma dell'Unicef per la "sopravvivenza infantile", centrato sulla cosiddetta strategia G.O.B.I. acronimo inglese di: *Growth and development*, basato sull'individuazione precoce di rallentamenti nella crescita e sviluppo dei bambini nei primi cinque anni di vita; *Oral rehydration*, centrato sulla riduzione della mortalità infantile utilizzando la reidratazione orale per il trattamento della diarrea; *Breast feeding* ovvero la promozione dell'allattamento esclusivo al seno nei primi sei mesi di vita, e *Immunizations*, per il quale l'Unicef assicurava a livello mondiale fornitura di vaccini e la logistica del programma esteso di vaccinazioni (*Expanded Program on Immunizations*, EPI) che condivideva con l'OMS che forniva assistenza tecnica e indirizzo scientifico.²³

Mentre la Banca Mondiale s'imponeva attraverso il suo peso macroeconomico come nuovo leader sulla scena della salute globale, l'OMS attraversava un periodo particolarmente buio. Ridimensionata nella sua leadership si trovava ora a fronteggiare le conseguenze del congelamento del suo bilancio regolare voluto dai paesi membri più influenti (il cosiddetto "Gruppo di Ginevra") e dalla sospensione dei contributi da parte degli Stati Uniti.²⁴ In quelle condizioni l'OMS dovette fare crescente affidamento sui contributi volontari (o "fondi extra bilancio") in maggior parte fortemente condizionati dai donatori con risorse rigidamente assegnate a selezionati programmi "verticali" per il controllo di singole condizioni morbose o gruppi ristretti di malattie, strutturati secondo una dinamica *top down* - opposta a quella *bottom up* che secondo la filosofia della PHC avrebbe visto le comunità locali al centro delle decisioni.

Non si può trascurare peraltro il fatto che parallelamente a quella "verticalizzazione" degli interventi alcune esperienze mantenevano vivo lo spirito di Alma Ata e la necessità di approcci di sistema integrati a livello territoriale. La Prima Conferenza Internazionale sulla Promozione della salute, tenutasi nella capitale canadese nel 1986, si concludeva con la Carta di Ottawa che insisteva sulla salute come obiettivo di ogni intervento pubblico, introducendo il concetto di "politiche pubbliche salutari", e individuando la necessità di un intervento pubblico che abbia come obiettivo la promozione e la costruzione del potenziale per la buona salute, piuttosto che limitarsi alla lotta a specifiche malattie o problemi sanitari.²⁵

²² Missoni, E., Pacileo, G. (2016). Elementi di salute globale. Globalizzazione, politiche sanitarie e salute umana. 2da edizione, Franco Angeli, Milano (in stampa)

²³ *Ibidem*

²⁴ Lee, K. (2009). The World Health Organization (WHO). Routledge, Oxon.

²⁵ The Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986

E' altresì utile ricordare il concetto di Sistema Locale di Salute (SILOS) sviluppato in quegli anni dall'Organizzazione Panamericana della Sanità (OPS)²⁶ e presentato come un elemento strategico della politica sanitaria per gli anni '90. L'idea di SILOS faceva leva sui concetti inerenti «l'equità e la qualità dei servizi, la democratizzazione e la partecipazione sociale, lo sviluppo e la trasformazione economica e sociale, l'efficienza e l'uso di tecnologia appropriata» e ancora «sul concetto integrale di salute, benessere e sviluppo».²⁷ In linea con i propri Principi guida, nella Regione latinoamericana (come altrove) l'Italia sostenne con convinzione quei programmi.²⁸

Anche in sede OCSE si riconosceva l'inefficacia di approcci frammentati allo sviluppo e si sosteneva che per l'efficacia dell'aiuto pubblico si sarebbe dovuto spostare l'enfasi da un approccio selettivo e frammentario "a progetto", a nuove forme di aiuto "a programma" a sostegno di strategie e politiche nazionali dei paesi destinatari. Parallelamente l'agenda di sviluppo – di cui in diverse sedi l'Italia era paladina – poneva ora l'enfasi sulla lotta integrata alla povertà.²⁹ L'integrazione degli interventi sanitari in un approccio più ampio di sviluppo e di lotta alla povertà, integrato e intersettoriale, rientrava anche nel "Documento di riferimento" sugli interventi sanitari nel contesto della lotta alla povertà prodotto congiuntamente dall'OMS e dall'OCSE.³⁰

In contraddizione con quell'approccio sistemico, che l'OMS sembrava sostenere a parole, ma in linea con l'emergere di nuove forme di collaborazione a livello globale tra settore pubblico e privato (profit e non-profit) – le cosiddette *Global Public Private Partnerships* (GPPP), sulle quali torneremo più avanti - sotto la guida del Direttore generale Gro Harlem Brundtland, l'OMS aveva avviato e sponsorizzava molteplici iniziative di partenariato a carattere verticale quali *Stop TB initiative*, *Roll Back Malaria*, *Malaria Medicines Initiative*, *International Partnership against AIDS in Africa* (IPAA), *International AIDS vaccine initiative* (IAVI), *Global Alliance for Vaccines and Immunisation* (GAVI). All'inizio degli anni 2000 si contavano già almeno un centinaio di GPPP in salute.³¹

Il diffondersi dell'epidemia di HIV/AIDS ne impose la lotta nell'agenda internazionale, tanto da essere posta all'ordine del giorno del Consiglio di Sicurezza nel gennaio del 2000. Quello stesso anno anche il vertice G8 celebrato a Okinawa richiamò l'attenzione sulla lotta alle malattie infettive e, pochi mesi dopo, la lotta all'HIV/AIDS, alla malaria e ad "altre malattie infettive" si traduceva in uno degli Obiettivi di sviluppo del millennio (OSM6), nell'omonimo Summit, affiancando altri due importanti obiettivi di prevalente interesse sanitario: la riduzione della mortalità nei minori di cinque anni (OSM4) e della mortalità materna (OSM5).

Sulla spinta dell'allora Segretario generale delle Nazioni Unite, Kofi Annan, che promuoveva la costituzione di uno specifico Fondo globale per l'HIV/AIDS - concepito come un organismo esterno alle Nazioni Unite formato da governi donatori, settore privato, fondazioni e singoli individui, governato da un consiglio d'amministrazione indipendente che li

²⁶ L'OPS funge anche come ufficio regionale per le Americhe dell'OMS

²⁷ Paganini, J.M., Chorny, A.H. (1990) Los sistemas locales de salud : desafios para la década de los noventa, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 109 (5-6), 424-448.

²⁸ Ne sono esempi storici il programma PRODERE in Centro America e il programma SMALP (*Salud Medio Ambiente y Lucha contra la Pobreza*) che collegava più paesi latinoamericani. Si veda: Missoni E., Bussi M.I. (1993). *Nunca aceptes carabelas de desconocidos. El sistema italiano de Cooperación y sus relaciones con América Latina*. Ecoe ediciones, Bogotá

²⁹ OECD/DAC (1996). *Shaping the 21st Century : the contribution of Development Cooperation*. OECD, Paris

³⁰ OECD/DAC (2003). *Poverty and health. DAC guidelines and reference series*, OECD-WHO, Paris

³¹ Secondo quanto era possibile rilevare sul database della *Initiative on Public-Private Partnerships for Health* (www.ippph.org) (accesso nel 23/08/2004). L'iniziativa è stata sospesa da tempo e il sito non è più accessibile.

rappresentasse tutti³² - il vertice G8 di Genova avviò la costituzione del Fondo Globale per la lotta all'HIV/AIDS, la tubercolosi e la malaria (GFATM), che divenne operativo alla fine di gennaio 2002, contribuendo alla definitiva affermazione del modello GPPP – di cui GAVI era stato in qualche modo il principale prototipo - come tendenza dominante nel panorama della cooperazione internazionale. Il GFATM insieme alle iniziative che lo avevano preceduto e le molte altre similari che sarebbero seguite, tutte basate su approcci selettivi e parcellizzati, contribuirono alla ulteriore frammentazione dei meccanismi di finanziamento della salute globale e all'incremento dei costi di transazione che avrebbero dovuto contribuire a ridurre. Parallelamente tornò dunque ad accendersi il dibattito sulla necessità di una visione e interventi più sistemici e coordinati.³³

In sede OCSE nel 2005 veniva adottata la “Dichiarazione di Parigi” sui principi dell'efficacia dell'aiuto.³⁴

L'evidenza dei problemi derivanti dalla frammentazione dell'azione globale per la salute, spinse il Primo Ministro del Regno Unito, Gordon Brown, a lanciare la *International Health Partnership* (IHP) chiamando i maggiori attori del settore a coordinarsi, e cui tra gli altri aderì l'Italia.^{35,36}

La necessità di un approccio più olistico e di sistema fu rilanciato dalla pubblicazione quasi contemporanea nel 2008, in coincidenza con il 30mo anniversario della Dichiarazione di Alma-Ata, del Rapporto annuale dell'OMS dedicato alla PHC, e del Rapporto della Commissione sui determinanti sociali della salute. Il *World Health Report 2008* analizzava criticamente il modo in cui era organizzata, finanziata e gestita l'assistenza sanitaria tanto nei paesi ricchi come in quelli poveri. Metteva in evidenza i fattori che avevano allontanato i sistemi sanitari dalla loro funzione: l'attenzione centrata sull'assistenza ospedaliera, la frammentazione derivante dalla moltiplicazione di programmi e progetti e la pervasiva commercializzazione dell'assistenza sanitaria.³⁷ Il rapporto della Commissione sui determinanti sociali dal titolo «Eliminare le distanze in salute nello spazio di una generazione» (*Closing the health gap in one generation*), esaminava le iniquità in salute – le disuguaglianze evitabili – e le forze politiche, sociali ed economiche che le determinano e individuava le politiche da perseguire ispirandosi a grandi principi di giustizia sociale e di equità in salute, da sostenere con un'azione globale sostenuta da governi, società civile, dall'OMS e da altre organizzazioni internazionali.³⁸

³² UN (2001) Secretary General outlines plans for global aids fund. May 17, 2001
<http://www.hri.org/news/world/undh/2001/01-05-17.undh.html> (accesso 6.3.2016)

³³ Missoni E., Pacileo, G. (2016), *Op.cit.*

³⁴ Titolarità (*ownership*): la definizione delle strategie di sviluppo spetta ai paesi beneficiari dell'aiuto. Allineamento: i paesi donatori si allineano con quelle strategie e utilizzano i sistemi e procedure del paese beneficiario. Armonizzazione: i paesi donatori si coordinano tra loro, semplificano le loro procedure e condividono le informazioni per evitare le duplicazioni. Gestione per risultati: paesi beneficiari e donatori orientano l'azione di sviluppo in base a risultati e ne verificano il raggiungimento. Responsabilità condivisa (*mutual accountability*): donatori e beneficiari condividono le responsabilità dell'azione e ne danno mutuamente rendiconto.

³⁵ L'iniziativa fu sottoscritta da altri sette paesi oltre al Regno Unito (Canada, Francia, Germania, Italia, Norvegia, Portogallo, Paesi Bassi) e undici partner multilaterali (*African Development Bank*, Banca Mondiale, Bill & Melinda Gates Foundation, Commissione Europea, GAVI, GFATM, OMS, UNAIDS, UNICEF, UNFPA, UN Development Group) (*International Health Partnership*, 2007). Significativa l'assenza di tre paesi del G8: Giappone, Russia e Stati Uniti d'America.

³⁶ DFID (2007), The International Health Partnership Launched Today. 5 September 2007.
<http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+http://www.dfid.gov.uk/Media-Room/News-Stories/2007/The-International-Health-Partnership-Launched-Today/> (accesso 10/11/2015).

³⁷ WHO (2008), World Health Report 2008. Primary Health Care (Now More Than Ever), World Health Organization, Geneva.

³⁸ Lee K. (2010), “How do we move forward on the social determinants of health: The global governance challenges”, *Critical Public Health*, 20(1): 5-14.

Quello stesso anno (2008) anche il vertice dei G8 di Toyako riportò l'attenzione sul necessario rafforzamento dei sistemi sanitari³⁹ e l'anno successivo, a otto anni dal vertice di Genova (2001) dove la visione di sistema dell'agenda iniziale era stata arbitrariamente cancellata per lanciare il GFATM,⁴⁰ il G8 de L'Aquila a presidenza italiana, tornava sui suoi passi e proponeva «un approccio integrale e integrato per il raggiungimento degli Obiettivi del millennio inerenti la salute ... l'accesso universale ai servizi sanitari, con particolare riguardo alla PHC» e riconosceva «la salute come un obiettivo di tutte le politiche».^{41,42}

La nuova enfasi sull'approccio sistemico che metteva in discussione quello selettivo che continuava a caratterizzare la maggior parte delle iniziative globali, aveva indotto pure la Banca mondiale a rivedere le proprie strategie in ambito sanitario, già dal 2007. In linea con quelle linee e con l'obiettivo di creare sinergie tra gli interventi verticali e quelli di rafforzamento dei sistemi, nel 2009 la Banca costituì insieme al Fondo Globale per la lotta all'HIV/AIDS, la tubercolosi e la malaria e all'Alleanza GAVI una "Piattaforma per il finanziamento dei sistemi sanitari".⁴³

A più di trent'anni da Alma-Ata l'approccio sistemico sembrava riproporsi nell'agenda globale. L'accesso universale alle cure tornava ad affermarsi come un importante obiettivo politico collegato al diritto alla salute e quale tema unificante del discorso sul rafforzamento dei sistemi sanitari. Anche il Rapporto dell'OMS sulla salute globale fu dedicato nel 2010 alla "copertura universale".⁴⁴

Con la Dichiarazione di Muskoka (sede del vertice G8 nel 2010), si prese atto che i progressi per migliorare la salute materna e riproduttiva erano stati troppo lenti e i G8 chiamarono ad un'azione collettiva urgente lanciando un'iniziativa finalizzata alla riduzione della mortalità materna, neonatale e infantile nei Paesi in via di sviluppo, con nuovi impegni finanziari (5 miliardi di dollari) da erogare entro il 2015.⁴⁵

Infine l'*Agenda 2030* varata in occasione del Summit delle Nazioni Unite il 25 settembre del 2015, sembrerebbe confermare il superamento di approcci selettivi, laddove nel documento "Trasformare il nostro mondo: l'agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile" (*Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development*) si legge che – benché suddivisi in 169

³⁹ Reich M., Takemi K. (2009), "G8 and strengthening health systems: follow-up to the Toyako summit", *The Lancet* 373: 508-515.

⁴⁰ L'iniziale proposta italiana, 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. Quella proposta affrontava, tra gli altri, temi quali lo sviluppo nei PVS di sistemi sanitari improntati all'equità e all'accesso universale; l'individuazione di HIV/AIDS, TBC, malaria come indicatori di 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. Quell'approccio di sistema, abbandonato nel 2001, fu poi proposto dalla presidenza italiana al vertice de L'Aquila nel 2009. Si veda: Missoni E., Pacileo, G. (2016) op. cit.

⁴¹ G8 (2009), G8 Leaders Declaration. Responsible leadership for a sustainable future. L'Aquila. www.g8.utoronto.ca/summit/2009laquila/2009-declaration.html (accesso 9/3/2016).

⁴² Missoni E. (2009), "2009 was not a 'dead year' for G8's health agenda", *The Lancet*, 19, 374(9707): 2053-4.

⁴³ Hafner T., Shiffman J. (2013), "The Emergence of Global Attention to Health Systems Strengthening", *Health Policy and Planning*, 28(1): 41-50.

⁴⁴ WHO (2010), *World Health Report 2010. Health systems financing: the path to universal coverage*, World Health Organization, Geneva.

⁴⁵ G8 (2010), G8 Muskoka Initiative. Recovery and new Beginnings. Muskoka, Canada, June. www.whitehouse.gov/sites/default/files/g8_muskoka_declaration.pdf (accesso 9/3/2016).

traguardi - i 17 Obiettivi di sviluppo sostenibile che i capi di Stato e di governo hanno sottoscritto sono «indivisibili».⁴⁶

Nell'analizzare le sfide che abbiamo di fronte nel passaggio dagli OSM agli OSS, l'OMS sottolinea il legame tra salute e determinanti economici, sociali e ambientali esterni al settore e la necessità di porre enfasi sulla salute nella definizione di strategie, politiche e piani per il raggiungimento degli altri obiettivi. L'OMS pone oggi l'accento sul «panorama istituzionale sempre più complesso e frammentato» e sostiene che «gli incentivi che favoriscono la creazione di nuovi canali organizzativi, finanziari e di monitoraggio, piuttosto che la riforma di quelli già esistenti, rischiano di esacerbare le tendenze alla sovrapposizione, alla duplicazione e all'interferenza».⁴⁷ Pur riconoscendo che l'accessibilità ai vaccini, ai prodotti diagnostici e alle terapie ha tratto grande beneficio da iniziative e partenariati globali come GAVI, GFTAM, l'OMS enfatizza la sfida posta dalla necessità di affrontare le inefficienze di sistema prodotte dalle strutture verticali messe in piedi per fronteggiare specifiche malattie nei paesi a medio e basso reddito, ereditate dalla risposta della comunità internazionale agli OSM sanitari.⁴⁸

1.3. I partenariati pubblico-privati: le origini

La costituzione di alleanze e associazioni di diversa natura tra soggetti privati (profit e non profit) e i tradizionali attori bilaterali e multilaterali dello sviluppo è stato uno dei maggiori processi di trasformazione della scena della cooperazione internazionale allo sviluppo nel corso degli anni '90, modificando ruoli ed equilibri preesistenti. I partenariati globali pubblico-privato, (GPPP), sono il punto di approdo di una progressiva e surrettizia traduzione dell'idea di partenariato da un concetto evocativo di valori universalmente apprezzati (impegno e partecipazione comuni nel raggiungimento di obiettivi di sviluppo ampiamente condivisi) a un nuovo modello organizzativo, suscitando non poche perplessità.⁴⁹

La nozione di partenariato per lo sviluppo è antica. Già nel 1969, la Commissione Pearson aveva centrato la propria attenzione sul partenariato tra paesi donatori e paesi beneficiari, considerando quali requisiti essenziali di tale collaborazione «la specificazione dei reciproci diritti e doveri» e «la definizione di chiari obiettivi a beneficio di entrambe le parti».⁵⁰ Ancora a metà degli anni '90 l'OECD faceva riferimento al partenariato come un valore piuttosto che come strumento. Auspicava un ruolo più chiaro di ciascun partner, insistendo comunque sulla titolarità (*ownership*) locale come principio guida. Gli obiettivi di sviluppo sarebbero stati raggiunti solo attraverso «azioni concertate sviluppate mediante un processo di dialogo e di accordo in un vero *spirito di partenariato*⁵¹», il cui successo sarebbe stato garantito da «un approccio integrale, realizzato a partire dalle risorse, energie e impegno delle istituzioni e degli individui nel governo a tutti i livelli, nel settore privato, nelle organizzazioni non governative, nei paesi in via di sviluppo e nei paesi industrializzati e nelle organizzazioni internazionali», nel rispetto della titolarità (*ownership*) locale nel processo di sviluppo.⁵² Nel 2000, con il rapporto *A better world for all*, prodotto congiuntamente da Nazioni Unite, OECD, FMI e Banca Mondiale su richiesta del G8, si auspicava «un vero partenariato»

⁴⁶ UN (2015) UN adopts new Global Goals, charting sustainable development for people and planet by 2030, 25 September www.un.org/apps/news/story.asp?NewsID=51968#.Vg6qFs4_Gm5 (accesso 9/3/2016).

⁴⁷ WHO (2015). Health in 2015... *Op.cit.*

⁴⁸ *Ibidem*

⁴⁹ Ruckert, A., Labonté, R. (2014). Public-private partnerships (PPPs) in global health: the good, the bad and the ugly. *Third World Quarterly*, 35(9), 1598-1614.

⁵⁰ Pearson L.B. (1969), *Partners in development: Report of the Commission on International Development*, London.

⁵¹ Il corsivo è dell'autore di questa ricerca

⁵² OECD/DAC (1996), *Shaping the 21st Century: the contribution of Development Co-operation*, OECD, Paris.

insieme all'impegno continuo per l'eliminazione della povertà. Il rapporto individuava, senza una più esatta definizione, la necessità di «partenariati strategici che capitalizzino le forze intrinseche di ogni partner, riflettano finalità e obiettivi comuni e muovano a partire dai risultati già raggiunti».⁵³

Di lì in avanti nel linguaggio degli incontri internazionali patrocinati da agenzie delle Nazioni Unite o da altri attori pubblici internazionali o bilaterali, divenne sistematico il retorico riferimento ad un'idea di partenariato ormai identificata con la creazione di *joint-venture* pubblico-private.⁵⁴

L'avvento delle GPPP deve però essere inquadrato in un più vasto contesto storico. Tra la fine degli anni '70 e l'inizio degli '80 l'influenza delle ideologie neoliberali modificò progressivamente le relazioni tra il settore pubblico e quello privato, spingendo verso la liberalizzazione del mercato e la riduzione del ruolo regolatore dello Stato. A livello internazionale la Banca Mondiale e il Fondo Monetario Internazionale promossero un crescente ruolo del settore privato e, nella stessa ottica, un volume sempre maggiore di aiuti pubblici allo sviluppo venne canalizzato attraverso le ONG. Verso la fine degli anni '80 le difficili e spesso conflittuali relazioni che avevano caratterizzato il rapporto tra le agenzie delle Nazioni Unite e il settore privato, lasciarono spazio all'esplorazione delle prime forme di collegamento tra ONG, industria e settore pubblico. Prese corpo l'idea della legittima partecipazione di diversi portatori d'interessi (*stakeholders*) alla formulazione di politiche pubbliche, ivi inclusi i rappresentanti del settore privato.⁵⁵

Per le Nazioni Unite la ricerca di collaborazione con le società transnazionali trovava motivo nel tentativo di riguadagnare rilevanza politica nel contesto globalizzato, rilanciando la propria missione grazie all'accoglienza di attori non governativi nei propri forum decisionali e organi d'indirizzo e al tempo stesso nella necessità di accedere a nuove fonti di finanziamento, a fronte della politica di "crescita reale zero del budget" imposta dai paesi donatori.⁵⁶

Dal canto loro le società transnazionali si trovarono a dover riconsiderare le proprie strategie di mercato sotto la pressione di gruppi della società civile, soprattutto nei paesi industrializzati. La partecipazione in partenariati globali avrebbe loro offerto in questo senso un eccellente veicolo per migliorare la propria immagine dimostrando *responsabilità sociale d'impresa*, oltre ad aumentarne l'influenza nel contesto globale e consentire l'accesso a benefici finanziari (riduzioni d'imposta, accesso a nuovi mercati, etc.).⁵⁷

Nel quadro della riduzione delle risorse destinate all'aiuto pubblico allo sviluppo e di crescenti perplessità rispetto al ruolo e l'efficienza dell'ONU e delle sue agenzie, s'intensificò dunque la collaborazione tra le organizzazioni delle Nazioni Unite e l'impresa privata, divenendo un aspetto centrale della visione delle stesse Nazioni Unite in tema di governance globale, sintetizzata nel cosiddetto "Global Compact" che l'allora Segretario Generale Kofi Annan lanciò al *World Economic Forum* di Davos nel 1999. Il nuovo approccio trovò progressiva applicazione nei più diversi ambiti e si estese fino ad associare ogni tipo di soggetto pubblico (governi, organizzazioni multilaterali) e privato (imprese nazionali e transnazionali, organizzazioni non governative, fondazioni, università, etc.) nei Partenariati globali pubblico-privato (GPPP) alcuni tradottisi poi in nuove forme organizzative indipendenti (come nel caso della GAVI o del Fondo globale per la lotta all'HIV/Aids, la tubercolosi e la malaria), vere e proprie Organizzazioni ibride transnazionali, altre come iniziative globali sotto l'egida delle Nazioni Unite o di singole Istituzioni internazionali e

⁵³ UN, World Bank, IMF, OECD (2000), A better world for all, 26 June 2000, www.paris21.org/sites/default/files/bwa_e.pdf (accesso 9/3/2016).

⁵⁴ Missoni, E., Pacileo, G. (2016) *Op.cit.*

⁵⁵ Buse K., Walt G. (2000), "Global public-private partnerships: part I – a new development in health?", *Bulletin of the World Health Organisation*, 78 (4): 549-561.

⁵⁶ *Ibidem*

⁵⁷ *Ibidem*

generalmente ospitate da quelle (*hosted partnerships*), delineando così nuovi modelli di governance globale.⁵⁸

1.4. Iniziative globali e partenariati pubblico-privato in campo sanitario: funzionamento, influenza, valore aggiunto e criticità

Il nuovo modello trovò crescente applicazione anche nell'ambito della salute globale. Considerando impossibile rispondere al fabbisogno di servizi essenziali mediante approcci tradizionali, l'OMS sostenne con forza la necessità di lavorare in partenariati che coinvolgessero oltre a paesi beneficiari e donatori, anche numerosi altri soggetti tra i quali le organizzazioni non governative e rappresentanti del settore privato commerciale.⁵⁹ Tra gli esempi più citati di GPPP in sanità si trovano l'Alleanza per vaccini e immunizzazioni (*Global Alliance on Vaccines and Immunisations*, GAVI) e il Fondo globale per la lotta all'HIV/Aids, la tubercolosi e la malaria (*Global Fund to fight HIV/AIDS, Tuberculosis and malaria*, GFATM).

Nonostante l'emergere di analisi critiche del GAVI,^{60,61,62,63} quell'esperienza fu adottata come modello per la costituzione del GFATM. A pochi anni di distanza dall'avvio di quelle iniziative diversi osservatori indipendenti misero in dubbio appropriatezza, efficienza e sostenibilità,^{64,65,66} mentre i difensori di quelle iniziative – accusando i critici di fomentare il dibattito ideologico – rivendicarono l'importanza strategica dell'approccio e sostennero che i risultati si sarebbero visti, anche grazie alla creatività delle nuove soluzioni, concepite per aggiungere valore e favorire la performance dei sistemi sanitari, piuttosto che come alternative alle iniziative a carattere integrato.^{67,68} Dopo quindici anni il dibattito rimane aperto su molti aspetti, ma è innegabile che le GPPP hanno contribuito alla complessità e alla frammentazione della governance globale in sanità, e al prevalere di meccanismi di mercato sulle politiche pubbliche.⁶⁹

Le GPPP in salute possono essere definite come un rapporto di collaborazione che supera i limiti nazionali ed associ almeno tre soggetti, tra questi un'impresa (e/o un'associazione d'impres) e un'organizzazione intergovernativa, che condividano un obiettivo di promozione della salute ed abbiano mutuamente concordato la divisione dei compiti.⁷⁰

⁵⁸ Missoni, E., Alesani, D. (2014). *Management of International Institutions and NGOs. Frameworks, Practices and Challenges*. Routledge, Oxon

⁵⁹ Lister G., Anthony R., Lee K., Williams O. (2000), *Global Health and Foreign Policy*, The Nuffield Trust and Rand

⁶⁰ Brugha R., Starling, M., Walt, G. (2002). GAVI, the first steps: lessons for Global Fund, *The Lancet*, 359; 435-438

⁶¹ Hardon A. (2001), "Immunization for All? A critical look at the first GAVI partners meeting", *HAI Europe*, February, vol. 6, n. 1.

⁶² Boseley S. (2002), "Charity attacks vaccine alliance", *The Guardian*, January 16, 2002.

⁶³ Yamey G. (2001), "Global vaccine initiative creates inequity, analysis concludes". News roundup, *British Medical Journal*, 2001, 322: 754

⁶⁴ Poore P. (2004), "The Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (GFATM)", *Health Policy and Planning*, 19(1): 52-53.

⁶⁵ Agatre Okuonzi S. (2004), "The Global Fund: preparing for the Messiah?", *Health Policy and Planning*, 19(1): 55-56.

⁶⁶ Missoni E. (2004), "Il Fondo globale per la lotta all'Hiv-Aids, tubercolosi e malaria", in Missoni E. (a cura di), *Osservatorio sulla Salute Globale. Rapporto 2004 Salute e Globalizzazione*, Feltrinelli, Milano.

⁶⁷ Nantulya V.M. (2004), "The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and malaria: what makes it different?", *Health Policy and Planning*, 19(1): 54.

⁶⁸ Møgedal S. (2004), "Global Funds: scaling up through linking efforts", *Health Policy and Planning*, 19(1): 52-55.

⁶⁹ Ruckert A., Labonte R. (2014) *Op. cit.*

⁷⁰ Buse, K, Walt, G.(2000) *op. cit.*

Le caratteristiche delle singole iniziative di associazione e i relativi modelli organizzativi possono variare considerevolmente, così come i contributi e i benefici da e per ognuno dei partecipanti. Alcuni elementi sono tuttavia comuni a tutte le GPPP: la condivisione degli obiettivi tra tutti gli associati; la costituzione di organi di governo e di consultazione che includano rappresentanze sia del settore pubblico, sia di quello privato e processi decisionali comuni; l'utilizzazione di tecniche derivate dal settore privato per il raggiungimento di obiettivi sociali; la partecipazione attiva dei rappresentanti del settore privato nella realizzazione delle attività. In ogni caso il nuovo concetto di partenariato non si applica alle transazioni tradizionali tra il settore privato e quello pubblico come donazioni o fornitura di beni e servizi e in sintesi «una definizione di “PPP” richiede un livello significativo di presa congiunta delle decisioni».⁷¹

Da iniziali alleanze non strutturate, mirate alla promozione di specifiche iniziative “verticali”, le GPPP si sono trasformate seguendo fondamentalmente tre modalità organizzative.

- a) struttura informale ospite di un'Istituzione Internazionale (*hosted partnerships*), ma con autonomia di governo e di bilancio, ma senza personalità giuridica - come ad esempio nel caso di UNITAID, Roll-back Malaria e, inizialmente GAVI - non senza complesse e a volte conflittuali relazioni gestionali con le istituzioni ospitanti chiamate a sopportarne il peso amministrativo. In questo caso sono più appropriatamente definite come *iniziative* - piuttosto che organizzazioni - di partenariato globale pubblico-privato;
- b) organizzazione privata (seppure a partecipazione e gestione mista pubblico-privato), in genere una fondazione, costituita in base alla normativa del paese ospitante; attraverso l'uso creativo e flessibile di strategie legali in alcuni casi queste organizzazioni sono state riconosciute quali istituzioni internazionali dal Paese ospitante in assenza di accordo tra Stati, come nel caso del Fondo Globale e, in seguito, della stessa GAVI;
- c) iniziative promosse e gestite dalle Nazioni Unite con la partecipazione di soggetti privati, ma senza la costituzione di organi di governo misti; in questo caso il partenariato è di semplice *interazione* tra l'istituzione intergovernativa e i soggetti privati, e non si parla di organizzazione.⁷²

Uno dei presupposti della promozione di una più intensa collaborazione tra settore pubblico e privato risiede nella tesi secondo la quale «lavorando separatamente né il settore pubblico, né quello privato hanno tutte le capacità, le risorse e i fondi necessari per risolvere le disuguaglianze in salute».⁷³ Ci si potrebbe chiedere come organizzazioni con differenti valori, interessi e visioni del mondo, possano associarsi per affrontare e risolvere problemi essenziali di salute pubblica.⁷⁴ In merito, Carol Bellamy, Direttore Esecutivo dell'UNICEF sostenne categoricamente che: «È pericoloso considerare che le finalità del settore privato siano in qualche modo analoghe a quelle delle Nazioni Unite, perché nel modo più assoluto esse non lo sono affatto».⁷⁵

Secondo alcuni, solo l'impresa privata può fornire le capacità di ricerca, tecnologia e sviluppo in grado di affrontare le sfide globali concernenti sanità, l'ambiente e l'informazione del

⁷¹ Widdus R. (2003), “Public-private partnerships for health require thoughtful evaluation”, *Bulletin of the World Health Organisation*, 81 (4): 235

⁷² Missoni E., Alesani D. (2014) op. cit.

⁷³ Il testo si trovava sul sito, non più accessibile, della già citata *Initiative on Public-Private Partnerships for Health* (www.ippph.org) (accesso del 23/08/2004).

⁷⁴ Reich M.R. (2000). “Public-private partnerships for public health”, *Nature medicine*, 6 (6): 617-620

⁷⁵ Bellamy C. (1999). Interview with J. Ann Zammit, The South Centre, 9th December 1999. “UNICEF: Bellamy warns against partnership with private sector”, *UN Wire*, 23 April 1999.

prossimo decennio.⁷⁶ D'altra parte è l'impresa stessa a rivendicare la rilevanza del proprio ruolo nell'individuazione di soluzioni a problematiche sanitarie globali. L'industria farmaceutica, ad esempio, si considera in una posizione leader per affrontare il tema dell'accesso limitato ai farmaci.⁷⁷ Comunque, nel costituire una GPPP i diversi soggetti che vi partecipano devono accogliere il presupposto della compatibilità tra i loro rispettivi obiettivi e responsabilità istituzionali. Alcuni, ad esempio, hanno sostenuto che per stringere un patto di collaborazione con il settore privato, le istituzioni pubbliche devono innanzitutto accettare il principio del profitto che muove l'impresa privata⁷⁸ che, anche nel caso di eventuali scelte fatte perseguendo principi di responsabilità sociale d'impresa, deve rispondere *in primis* alla richiesta dei propri azionisti di ritorno sugli investimenti. Benché risulti assiomatico come prerequisito di ogni partenariato efficace che finalità e obiettivi comuni, nonché responsabilità e ruoli siano chiaramente definiti, si tratta in pratica di un «principio regolarmente violato» nei partenariati globali in sanità.⁷⁹

La convergenza di interessi diversi comporta naturalmente dei rischi, che dovranno essere tenuti sotto controllo, cercando piuttosto di massimizzare i benefici sanitari della nuova formula. Widdus, tra i pionieri delle alleanze pubblico-privato, nel riconoscere nelle GPPP un “esperimento sociale” non esente da rischi, ne premiava il fine e rimandava il giudizio ad una futura valutazione “basata sull'evidenza”.⁸⁰

Ogni GPPP, come qualsiasi organizzazione che rivendichi di operare nell'interesse pubblico deve affrontare adeguatamente aspetti quali: chi rappresenta; a chi e come rende conto (*accountability*); presenza di conflitti d'interesse; trasparenza. Anche per la partecipazione dell'autorità sanitaria pubblica (es. l'OMS) nelle GPPP, è difficile stabilire chi e con quali criteri possa obiettivamente valutare l'effettivo compimento di tali requisiti e il successo della formula.⁸¹ La divergenza di valori e interessi ha potenziali implicazioni anche in termini d'integrità e affidabilità di istituzioni e funzionari pubblici.⁸²

Via, via che la collaborazione con il settore privato si andava imponendo, l'OMS – che ha per mandato la responsabilità di guidare il settore a livello globale – sentì la necessità di fissare alcuni principi etici essenziali, tra i quali la salvaguardia della propria reputazione e dei propri valori, nonché il chiaro contributo della collaborazione al miglioramento della salute pubblica.⁸³ Alcuni gruppi, peraltro, considerarono quelle linee guida insufficienti per limitare i potenziali conflitti d'interesse, insiti nella collaborazione tra OMS e imprese commerciali.⁸⁴ Con l'avvento delle GPPP e il coinvolgimento diretto in molte di esse dell'OMS, la problematica relativa alle interferenze tra interessi privati e pubblici in seno all'Organizzazione è tornata alla ribalta. Nel caso dei partenariati ospitati dall'OMS (e in genere dalle Istituzioni internazionali) possono sorgere problemi di *governance* interna e, in generale, quel meccanismo è stato accompagnato da relazioni altamente problematiche.⁸⁵ Nel caso in cui l'OMS partecipa in GPPP indipendenti, i problemi riguardano la *governance*

⁷⁶ Tesner S. (2000). *The United Nations and Business: a Partnership Recovered*, St. Martin Press, New York.

⁷⁷ Bale H. (2002), “International Federation of Pharmaceutical Manufacturers Associations”, *The Lancet*, 360, 953

⁷⁸ Muraskin W. (2000), paper presentato al Workshop on Public-Private Partnerships in Public health, Dedham, MA, 7-8 April 2000.

⁷⁹ Buse, K. (2013). *Global Health Partnerships. Increasing their impact by improved governance* (No. GHP Study Paper 5). DFID Health Resource Centre, London

⁸⁰ Widdus R. (2003). *Op.cit.*

⁸¹ Reich M.R. (2000). *Op.cit.*

⁸² Marks, J. (2013). *What's the Big Deal?: The Ethics of Public-Private Partnerships Related to Food and Health*. *Edmond J. Safra Working Papers*, (11), 1–26.

⁸³ WHO (2000), *Guidelines on interaction with commercial enterprises to achieve health outcomes*, EB107/20 (Annex), 30 November 2000.

⁸⁴ HAI – Health Action International (1999), *Comments on WHO Guidelines on Interaction with Commercial Enterprises* (Preliminary version July 1999), Amsterdam, 22 December 1999.

⁸⁵ Buse, K. (2013). *Op.cit.*

globale della salute. Nell'ambito del processo di riforma intrapreso in questi ultimi anni il dibattito in seno all'OMS relativo al rapporto con gli "attori non statali" è particolarmente acceso, con molti osservatori che temono che l'Organizzazione possa essere ulteriormente indebolita da un'apertura eccessivamente generica al settore privato.⁸⁶

Più in generale, Buse K. e Walt G. segnalano dall'inizio i pericoli derivanti dalle GPPP per il sistema delle Nazioni Unite, temendo in particolare che le nuove forme di associazione ne potessero minare le caratteristiche di credibilità, imparzialità ed integrità. Il rischio sarebbe stato quello di "diluire" l'universalità delle istituzioni multilaterali, a causa degli squilibri esistenti tra le diverse organizzazioni ed istituzioni partecipanti; analogamente si sarebbe rischiato di mettere a repentaglio la neutralità dell'azione multilaterale, laddove le GPPP tendevano a privilegiare gli interventi in paesi che siano in grado di garantire maggiori successi (e ritorno d'immagine) piuttosto che in quelli dove maggiore è il bisogno. I due autori giunsero ad ipotizzare che, con le GPPP centrate su attività "più vantaggiose", sarebbe toccato alle Nazioni Unite affrontare le problematiche più complesse e difficili (come ad esempio il sostegno ai sistemi di salute e la formazione di risorse umane). In definitiva, le GPPP avrebbero potuto indebolire i sistemi di *governance* multilaterale, trasferendo l'autorità (e il ruolo regolatore) propria degli organi di governo delle NU, agli organi esecutivi e d'indirizzo delle GPPP dove il settore privato aveva - e continua ad avere - un peso proporzionalmente maggiore.⁸⁷

Yamey, all'epoca editor del *British Medical Journal*, segnalava che nel modificarsi dell'architettura della salute globale, la sua *governance* si sta spostando dall'OMS verso i donatori. «L'Assemblea Mondiale della Sanità può essere lenta e burocratica, ma ha i vantaggi della legittimità rappresentativa». Le nuove iniziative globali sono al di fuori della *governance* dell'Assemblea e rispondono ampiamente ai loro donatori – fondazioni private e governi ricchi. Scegliendo quali interventi sanitari finanziare (soprattutto controllo delle malattie infettive), quali strategie adottare (prevalentemente programmi verticali) e quali Paesi debbano ricevere appoggio, queste iniziative stanno indebolendo in forma discutibile l'influenza delle Nazioni Unite sul modo di spendere i soldi per la salute globale».⁸⁸

Paradossalmente, considerando la partecipazione dell'OMS a iniziative quali GAVI e Fondo Globale, Gro Brundtland - all'epoca Direttore Generale dell'OMS – sostenne che la partecipazione delle Nazioni Unite (e in particolare dell'OMS) serviva proprio a dare credibilità alle nuove organizzazioni di partenariato globale pubblico-privato.⁸⁹

A distanza di quindici anni si può tracciare un giudizio del fenomeno GPPP in sanità, che per molti aspetti conferma i timori espressi in passato e che, senza dubbio, ha marcato un profondo cambiamento nella *governance* sanitaria globale, destinato a durare. Le GPPP hanno contribuito alla presa di coscienza di gravi problemi di salute globale e ad inserire quei temi nell'agenda globale, hanno contribuito alla mobilitazione di risorse finanziarie specialmente per combattere malattie infettive neglette, e allo sviluppo di nuovi prodotti biomedici (certamente il loro miglior risultato, anche se non mancano le preoccupazioni, ad esempio in merito alla sostenibilità dell'introduzione di nuovi prodotti e tecnologie). In alcuni casi hanno anche favorito l'accesso gratuito o a costi particolarmente bassi ad alcuni farmaci e vaccini, o hanno contribuito al rafforzamento di alcune componenti dei sistemi sanitari per esempio con norme e standard terapeutici, gestione tecnica e strategie finanziarie.⁹⁰

⁸⁶ Richter J. (2014), "Time to turn the tide: WHO's engagement with non-state actors and the politics of stakeholder governance and conflicts of interest", *BMJ*, 348(may19 5): g3351-1

⁸⁷ Buse K, Walt G. (2000) Op. cit.

⁸⁸ Yamey G. (2002), "WHO in 2002, Why does the world still need WHO?", *British Medical Journal*, 325: 1294-1298

⁸⁹ *Ibidem*

⁹⁰ Ruckert, A., Labonté, R. (2014). Op. cit.

Il prevalere del modello GPPP e la costruzione di un partenariato *ad hoc* per ogni problema, per ogni malattia, ha riportato in auge quell'interpretazione selettiva dell'assistenza sanitaria di base che per due decenni ha negato la strategia indicata ad Alma Ata. Ha condotto alla "balcanizzazione" della salute globale con sovrapposizione e duplicazione degli sforzi, perdita di efficienza degli interventi, l'emergenza di sistemi paralleli di gestione e di assistenza, con l'aggiunta del peso di nuove procedure per accedere ai fondi per Paesi già in sofferenza per mancanza delle risorse necessarie (umane, logistiche, infrastrutturali).^{91,92,93}

Ciò, in piena contraddizione con i principi di efficacia dell'aiuto, quali l'allineamento e l'armonizzazione, sistematicamente citati in sede internazionale.

Anche il principio di titolarità del Paese beneficiario nella scelta delle priorità e delle strategie per farvi fronte, è stato di fatto messo da parte. Il volume dei finanziamenti canalizzati attraverso le GPPP sono spesso molto elevati rispetto ai bilanci sanitari dei Paesi beneficiari e oltre alla possibilità che influenzino la loro stabilità macroeconomica, certamente tendono a determinare le priorità della spesa di quei Paesi.

Infine, a livello globale il settore commerciale è sproporzionatamente rappresentato, in particolare rispetto al suo apporto finanziario, favorendo il ruolo degli interessi privati nei processi decisionali e di formulazione delle politiche.⁹⁴ D'altra parte sembrerebbe mancare un adeguato screening di quei partner in termini di responsabilità sociale e buone pratiche a garanzia della qualità del partenariato.⁹⁵

1.5. Le iniziative globali per la salute materno infantile

La salute materno infantile è un caposaldo della salute globale fin dalla nascita dell'OMS tra i cui obiettivi si legge: «promuove lo sviluppo dell'azione in favore della sanità e del benessere della madre e del bambino, come pure la loro attitudine a vivere in armonia con un ambiente in piena trasformazione».⁹⁶ Fu poi inclusa tra i servizi essenziali da fornire nell'ambito della strategia della PHC.⁹⁷

Un Movimento per la maternità sicura (*Safe Motherhood Movement*) fu lanciato nel 1987 e numerose iniziative sono fiorite nei decenni successivi.⁹⁸

Nonostante l'impegno assunto dalla comunità internazionale con gli Obiettivi di sviluppo del millennio OSM4 e OSM5, a pochi anni dalla Dichiarazione del millennio, la risposta globale per il raggiungimento di quegli obiettivi rimaneva del tutto insufficiente.

In risposta alla grande frammentazione di attori e iniziative esistente nel campo materno-infantile - come del resto nel settore sanitario in generale - (derivante anche dal prevalere dei partenariati descritti nelle sezioni precedenti), si erano venute già creando a cavallo del millennio tre grandi coalizioni: la *Partnership for Safe Motherhood and Newborn Health*, ospitata dall'OMS a Ginevra; la *Healthy Newborn Partnership*, basata presso Save the Children USA; e la *Child Survival Partnership*, ospitata dall'UNICEF a New York. Tali partnership costituivano un primo tentativo di condivisione di risorse e conoscenze. Tuttavia, le tre coalizioni contraddicevano *de facto* il principio della continuità delle cure tra salute

⁹¹ Yamey G. (2002). Op. cit.

⁹² Dare L. (2003), "WHO and the challenges of the next decade", *The Lancet*, 361: 170-171.

⁹³ Ruckert, A., Labonté, R. (2014). Op. cit.

⁹⁴ *Ibidem*

⁹⁵ Buse, K. (2013). Op.cit.

⁹⁶ WHO (1948). Op. cit.

⁹⁷ Declaration of Alma-Ata (1978). Op.cit.

⁹⁸ Bustreo, F., Requejo, J. H., Meriardi, M., Presern, C., & Songane, F. (2012). From safe motherhood, newborn, and child survival partnerships to the continuum of care and accountability: moving fast forward to 2015. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 119 Suppl 1, S6-8.

riproduttiva, salute materna, salute del neonato e salute del bambino, sulla cui necessità esiste vasto consenso in letteratura.⁹⁹

Nel 2003 l'OMS, la Banca mondiale, l'UNICEF, in collaborazione con un gruppo di esperti e della rivista *The Lancet*, venne lanciata l'iniziativa *Countdown 2015* con l'intento di rafforzare il lavoro di raccolta dati, documentazione e monitoraggio della situazione in relazione agli OSM4 e 5 nei Paesi a più alta mortalità.¹⁰⁰

Nel 2005, per impulso delle grandi agenzie dell'ONU e dell'allora Segretario generale Kofi Annan, insieme alle coalizioni di settore già esistenti, e con il sostegno di altri attori, nasce la *Partnership for Reproductive, Maternal, Newborn and Child health* (PRMNC), con l'obiettivo di «dare supporto ai partner per allineare le loro strategie e catalizzare un'azione collettiva». Ospitata presso l'OMS, la PMNCH integra l'iniziativa *Countdown to 2015* e accoglie nel suo direttivo tutti i grandi attori della scena della salute globale.¹⁰¹

Nel 2007 tra i traguardi da raggiungere nell'ambito dell'OSM5 fu aggiunto quello relativo al raggiungimento dell'accesso universale alla salute riproduttiva. Esso includeva quattro specifici indicatori: tasso di natalità da madri adolescenti; visite prenatali; prevalenza nell'uso dei contraccettivi e bisogni irrisolti relativi alla pianificazione familiare.¹⁰²

Nel 2008, alla riunione dei G8 svoltasi a Toyako (Giappone), la salute di donne e bambini venne identificata come una priorità strategica, da affrontare anche con politiche e interventi multisettoriali.¹⁰³

Il gruppo degli esperti sanitari del G8, nel *Toyako Framework for Action on Global Health* torna a raccomandare «un approccio integrale alla riduzione della mortalità materna e neonatale mediante investimenti sulla continuità delle cure», sottolineando che «i problemi di salute non si possono risolvere agendo solo sul settore salute» riconoscendo l'importanza di promuovere i collegamenti tra salute e altri settori, e raccomanda «una forte risposta multisettoriale».¹⁰⁴ La raccomandazione è ripresa dai leader del G8 che nel comunicato finale assicuravano: «Enfatizziamo l'importanza di approcci comprensivi per affrontare il rafforzamento dei sistemi sanitari ivi inclusa la protezione sociale, il miglioramento della salute materna, neonatale e del bambino, l'ampliamento di programmi per combattere le malattie infettive e per l'accesso ai farmaci essenziali, vaccini e altri prodotti appropriati per la salute».¹⁰⁵

1.5.1. La salute materna, della prima e della seconda infanzia nell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile

Il 25 settembre 2015, l'Assemblea generale delle Nazioni unite ha adottato la nuova agenda per lo sviluppo: «Trasformare il nostro mondo: l'agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile»; un ambizioso programma non più rivolto ai soli Paesi in via di sviluppo, ma a tutti i Paesi del mondo. L'Agenda ruota intorno a 17 Obiettivi per lo sviluppo sostenibile e 169 traguardi. L'OSS3 riguarda la salute: «Assicurare vita sana e promuovere il benessere per tutti a tutte le età». L'obiettivo si declina in 13 traguardi, ivi inclusi quattro strumenti di realizzazione.

⁹⁹ Tamburlini, G. (2013). La salute di donne e bambini e il ruolo della Partnership for Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health. In: Cattaneo, A., Dentico, N. (a cura di) "OMS e diritto alla salute: quale futuro". Osservatorio Italiano sulla Salute Globale, Bologna, pp. 73-84

¹⁰⁰ Victora, C. G., Requejo, J. H., Barros, A. J. D., Berman, P., Bhutta, Z., Boerma, T., et al. (2015). Review Countdown to 2015: a decade of tracking progress for maternal, newborn, and child survival. *The Lancet*, 1–11. [http://doi.org/10.1016/s0140-6736\(15\)00519-x](http://doi.org/10.1016/s0140-6736(15)00519-x)

¹⁰¹ Tamburlini G. (2013). *Op. cit.*

¹⁰² WHO (2015). Health in 2015... *Op. cit.*

¹⁰³ Tamburlini G. (2013). *Op. cit.*

¹⁰⁴ G8 Health Experts Group. (2008). Toyako Framework for Action on Global Health - Report of the G8 Health Experts Group -, (8 July)

¹⁰⁵ G8 Leaders (2008). G8 Hokkaido Toyako Summit Leaders Declaration (Health).

Quelli più direttamente ed esplicitamente collegati alla salute materna, neonatale e della prima e seconda infanzia sono:

3.1 Ridurre entro il 2030 la mortalità materna globale a meno di 70 morti per mille nati vivi.

3.2 Porre fine entro il 2030 alle morti prevenibili di neonati e minori di cinque anni di età, puntando in tutti i Paesi a ridurre la mortalità neonatale ad almeno 12 per 1000 nati vivi e la mortalità nei minori di cinque anni ad almeno 25 per 1000 nati vivi. Sotto.

3.7 Entro il 2030 assicurare l'accesso universale i servizi di salute sessuale e riproduttiva, ivi inclusi per la pianificazione, l'informazione e l'educazione familiare, e l'integrazione della salute riproduttiva nelle strategie e nei programmi nazionali.

3.8 Raggiungere la copertura sanitaria universale ivi inclusa la protezione dai rischi finanziari, accesso ad assistenza di sanitari di qualità e l'accesso a farmaci essenziali e vaccini per tutti.¹⁰⁶

D'altra parte la salute è strettamente legata alla maggior parte degli obiettivi non sanitari, il che riflette l'impatto sulla salute dei determinanti economici, sociali e ambientali e quindi la necessità di progredire in quelle aree per il miglioramento della salute. Quindi anche molti indicatori inerenti altri OSS dovranno essere vigilati attentamente e presi in considerazione nella definizione di strategie, politiche e piani per il raggiungimento dell'obiettivo salute.¹⁰⁷

Anche la GSWCH è stata dunque aggiornata per il periodo 2016-2030 e ribattezzata *Global Strategy 2.0*. La nuova strategia s'inserisce nella "Agenda 2030" e fa dunque riferimento ai nuovi Obiettivi di sviluppo sostenibile (OSS). Pur riconoscendo il lavoro che resta da fare in relazione ai precedenti Obiettivi di sviluppo del millennio (OSM), enfatizza l'importanza di assicurare salute e benessere «a tutti e a tutte le età», mettendo l'accento sulla priorità di interventi che affrontino gli ostacoli in relazione alla continuità delle cure. In tal senso l'OMS riconosce l'esistenza di molteplici iniziative e risoluzioni per interventi specifici come ad esempio la *Family Planning 2020, A Promise Renewed*, *Every Newborn Action Plan*, *Improving pneumonia prevention and treatment* e GAVI. «Benché ogni strategia specifica risponde ad una sua propria *ratio* la necessità di fornire un approccio integrato è fondamentale» sottolinea la OMS.¹⁰⁸

Tra i molteplici limiti attribuiti all'approccio degli OSM c'è quello di un prospettiva limitata, che ha condotto alla verticalizzazione dei programmi sanitari, una mancata attenzione alla necessità di rafforzare i sistemi sanitari, l'enfasi posta su approcci di sviluppo a "misura unica" ("*one-size-fits-all*") e risultati aggregati, piuttosto che sull'equità.¹⁰⁹

1.6. I finanziamenti per la salute materno infantile

Fin dal 1990, la salute materna, neonatale e del bambino ha beneficiato di una parte sostanziale dell'assistenza allo sviluppo in sanità (ASS), variando tra il minimo del 21,5% nel 2008 e il massimo del 42,6% nel 1994 di tutta l'ASS, con una crescita annuale media dei finanziamenti del 4,1% tra il 1990 e il 2006 (con l'eccezione del 1996) (Fig 1).¹¹⁰

¹⁰⁶ UN (2015). Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development. New York (NY): United Nations. [https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030%20Agenda for Sustainable Development 20web.pdf](https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf) (accesso del 12.2.2016)

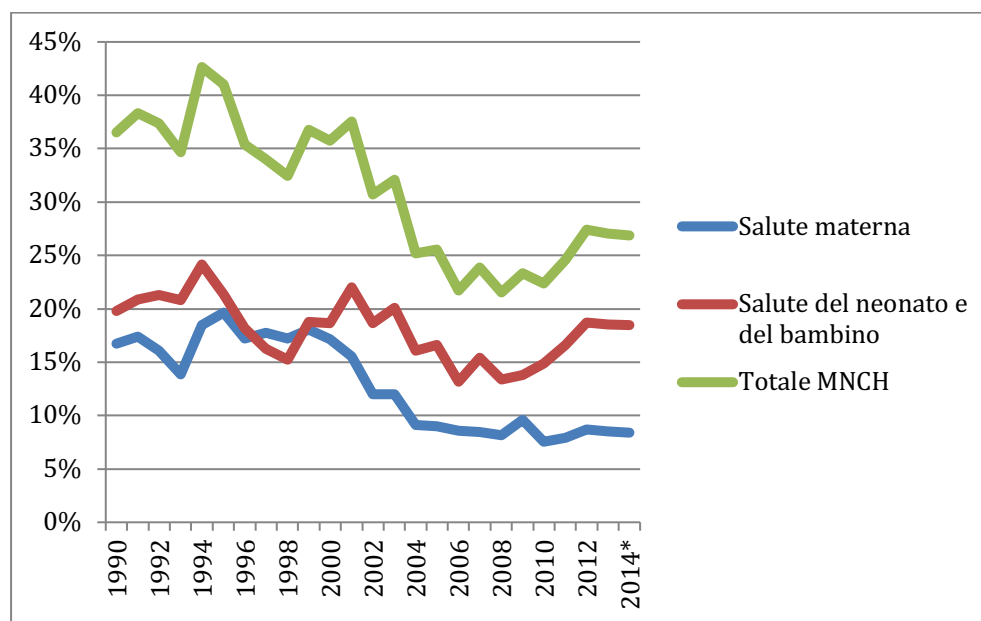
¹⁰⁷ WHO. (2015). Health in 2015... *Op. cit.*

¹⁰⁸ *Ibidem*

¹⁰⁹ WHO. (2015). Health in 2015... *Op. cit.*

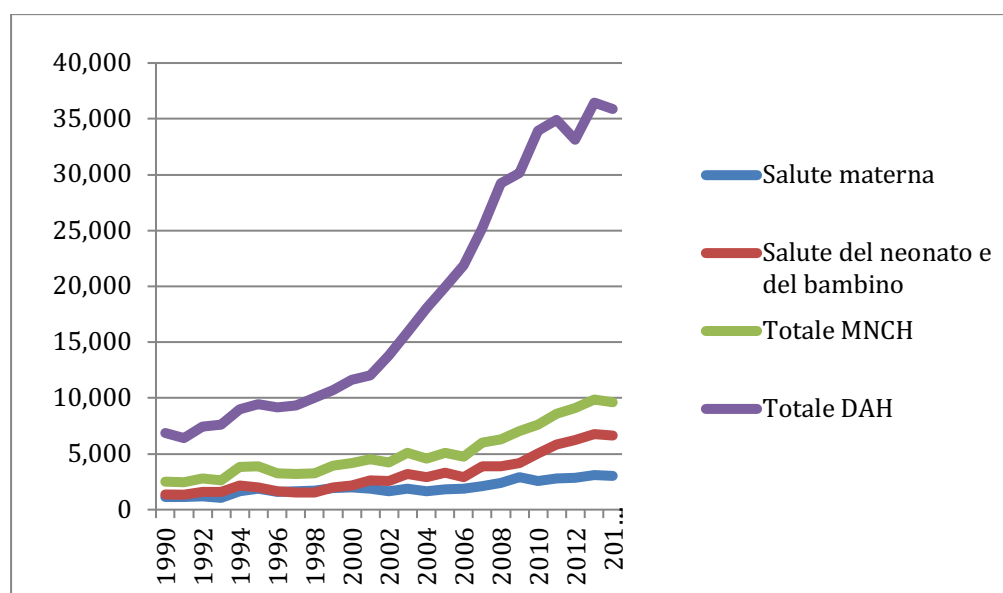
¹¹⁰ IHME. (2015). Financing Global Health 2014. Shifts in Funding as the MDG Era Closes. Institute for Health Metrics and Evaluation, University of Washington, Seattle

Fig. 1 - Finanziamenti per la salute materna del neonato e del bambino (MNCH) in percentuale del totale dell'assistenza allo sviluppo in sanità (Fonte: elaborazione dell'autore su dati IHME 2015)



Tra il 2000 e il 2010 i tassi di crescita dei finanziamenti di cooperazione internazionale per la sanità diretti ai temi corrispondenti a un OSM sono stati considerevolmente maggiori di quelli per temi senza riferimento agli OSM. I fondi per la lotta all'HIV/AIDS però hanno fatto la parte del leone, soprattutto grazie ai fenomenali investimenti degli Stati Uniti d'America. Altri temi, come ad esempio la salute materno-infantile, non hanno goduto di analoghi tassi di crescita. Ciò nonostante, come risultato degli appelli internazionali ad un'azione più convinta, tra il 2006 e il 2013 i finanziamenti per la salute materna, neonatale e del bambino sono comunque cresciuti (Fig. 2).¹¹¹

Fig. 2 - Finanziamenti per la salute materna, del neonato e del bambino, e totali per l'assistenza allo sviluppo in sanità (milioni di dollari US) (Fonte: elaborazione dell'autore su dati IHME 2015)



¹¹¹ Ibidem

Nel 2010 il vertice dei G8 di Muskoka attivò un processo di mobilitazione di risorse che si tradusse nella prima *Global Strategy for Women's and Children's Health* (GSWCH), lanciata nel 2010 dal Segretario generale dell'ONU Ban-Ki-Moon, di cui la PRMNCH sarebbe divenuta uno dei bracci operativi con il fine di «produrre valore aggiunto lavorando affinché le attività dei partner siano meglio coordinate e per stimolare la collaborazione tra di essi».¹¹²

I rinnovati impegni per accelerare il progresso verso gli ODM 4 e 5 includevano promesse per 40 miliardi di dollari americani tra il 2010 e il 2015 a supporto della GSWCH, ivi inclusi i 5 miliardi impegnati dal G8 e da altri donatori, tra il quali la Bill & Melinda Gates Foundation, nell'ambito della *Muskoka Initiative* lanciata dalla Presidenza canadese del vertice G8 che ebbe luogo nella omonima località. La GSWCH ha portato ad un considerevole incremento di risorse finanziarie, un potenziamento delle politiche del settore, nonché a dozzine di nuove iniziative globali, regionali e nazionali (WHO 2015), purtroppo quei fondi certamente utili a colmare il divario tra disponibilità e bisogni è rimasto ben al di sotto dell'ammontare considerato necessario per raggiungere gli OSM in questione, stimato tra i 10 e i 33,9 miliardi di dollari.¹¹³

¹¹² Tamburlini G. (2013) O..

¹¹³ Arregoces, L., Daly, F., Pitt, C., Hsu, J., Martinez-Alvarez, M., Greco, G., et al. (2015). Countdown to 2015: changes in official development assistance to reproductive, maternal, newborn, and child health, and assessment of progress between 2003 and 2012. *The Lancet Global Health*, 3(7), e410–e421.

2. L'Alleanza GAVI

La *GAVI Alliance* (GAVI) creata nel 2000 e inizialmente denominata Alleanza Globale per Vaccini e Immunizzazione (*Global Alliance for Vaccines and Immunizations*), è un partenariato globale che riunisce soggetti pubblici e privati con lo scopo condiviso di raccogliere risorse per finanziare l'introduzione di vaccini, promuovere lo sviluppo di vaccini nuovi o sottoutilizzati, e – dal 2006 - per rafforzare i sistemi sanitari per assicurarne l'utilizzazione. La GAVI contribuisce inoltre alla creazione di mercato per i vaccini con il fine di ridurre i prezzi e favorire la sostenibilità dei programmi di immunizzazione nei paesi in via di sviluppo.

GAVI promuove vaccini contro le infezioni da dodici agenti patogeni: difterite, tetano, pertosse, epatite B e *Haemophilus influenzae* tipo B (riuniti in un vaccino pentavalente), pneumococco, rotavirus, polio, morbillo, rosolia e virus del papilloma umano (HPV).

L'Alleanza è formata da governi di paesi in via di sviluppo e di paesi donatori, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), il Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia (UNICEF), la Banca Mondiale (*World Bank*), l'industria dei vaccini in paesi industriali e in via di sviluppo, organizzazioni della società civile, la Fondazione Bill e Melinda Gates, e altri benefattori privati.¹¹⁴

GAVI è servita da prototipo del modello GPPP, e non solo nel settore sanitario ed è divenuta anche uno dei principali canali di meccanismi innovativi di finanziamento di prodotti sanitari. In particolare, l'*International Financing Facility for Immunizations* (IFFIm)¹¹⁵ e l'*Advance Market Commitment* (AMC)¹¹⁶.

2.1. Origini ed evoluzione

L'Alleanza GAVI fu lanciata nel gennaio 2000 nell'ambito del *World Economic Forum* - il noto foro privato che riunisce annualmente a Davos élite economiche e politiche mondiali - sulla spinta del finanziamento iniziale (750 milioni di dollari US) della Fondazione Gates. Oltre alla Fondazione Gates altri attori che ne hanno promosso e guidato l'istituzione includono: il *Programme for Appropriate Technology in Health* (PATH), la *International Federation of Pharmaceutical Manufacturers Association* (IFPMA), la Banca Mondiale, la *US Agency for International Development* (USAID), l'OMS e l'UNICEF. Altri donatori bilaterali e governi dei paesi in via di sviluppo hanno avuto un ruolo marginale nelle prime fasi della formazione dell'Alleanza.¹¹⁷

2.1.1. Antecedenti

In seguito al successo delle campagne per l'eradicazione del vaiolo, nel 1974 l'OMS, l'UNICEF e altri partner tra i quali il Programma delle Nazioni Unite per lo sviluppo (UNDP), diverse agenzie bilaterali, il Rotary International, la Fondazione Rockefeller Foundation, e *Médecins sans Frontières* (MSF) lanciarono il Programma ampliato di immunizzazioni (*Expanded Programme on Immunisation, EPI*). L'EPI aveva come obiettivo l'immunizzazione universale di bambini nel primo anno di vita contro sei malattie obiettivo: difterite, tetano, pertosse, tubercolosi, morbillo e polio. Il programma ottenne grandi successi

¹¹⁴ <http://www.gavi.org/Library/Publications/GAVI-fact-sheets/Gavi-factsheet--about-the-Vaccine-Alliance/> (accesso 9/3/2016)

¹¹⁵ Agenzia internazionale per il finanziamento delle immunizzazioni

¹¹⁶ Impegno di anticipo del mercato

¹¹⁷ Harmer, A., Bruen, C. (2011). *Global Alliance for Vaccines and Immunizations*. In: Hale, T. and Held, D. (editors) "Handbook of Transnational Governance. Institutions & Innovations". Polity Press, Cambridge

portando la copertura vaccinale dal 20% all'inizio degli anni '70 a circa l'80% alla fine degli anni '80. Ciononostante all'inizio degli anni '90 l'iniziativa globale subiva forti rallentamenti, e mentre l'Assemblea mondiale della sanità aveva decretato l'aggiunta all'EPI di nuovi vaccini come quelli contro la febbre gialla e l'epatite B, la copertura nei paesi più poveri si riduceva. In risposta a quella stagnazione e parallelamente alla continuazione di EPI, s'iniziarono a cercare alternative istituzionali che potessero anche favorire l'introduzione sul mercato dei notevoli progressi della biotecnologia. Nel 1991 una coalizione guidata dalla OMS e fortemente sponsorizzata dalla Fondazione Rockefeller costituì la *Children's Vaccine Initiative* (CVI) con l'obiettivo di stimolare gli investimenti per lo sviluppo di nuovi vaccini e contrastare il declino delle attività di ricerca e sviluppo nel settore. Purtroppo per una serie di tensioni tra varie agenzie e attori partecipanti, questioni inerenti il finanziamento e problemi organizzativi la CVI non raggiunse il suo scopo. L'OMS veniva accusata di essere una "farraginosa burocrazia" e le venivano attribuiti i fallimenti. L'OMS era sotto il tiro delle pesanti critiche di settori interni alla politica USA che in definitiva spinsero verso l'adozione di nuovi approcci e culture organizzative più commerciali (*business-like*).¹¹⁸

Nel marzo del 1998, l'allora Presidente della Banca Mondiale James Wolfensohn organizzò un vertice con OMS, UNICEF, accademici, ministri della sanità, agenzie di cooperazione internazionale e industria farmaceutica con il proposito di individuare una soluzione per assicurare un futuro al programma mondiale di vaccinazioni. Sei mesi più tardi furono Bill and Melinda Gates, in una cena a casa loro, a sollecitare la ricerca di una soluzione innovativa, e nel marzo del 1999 fu la Fondazione Rockefeller a ospitare nel suo centro di Bellagio una riunione per rispondere alle sollecitazioni dei Gates. In quella sede si raggiunse l'accordo per lavorare insieme al progetto di un nuovo partenariato, «piuttosto che metter su una nuova organizzazione internazionale». ¹¹⁹ Fu a quel punto, nel novembre del 1999 che entrò in gioco la Fondazione Gates impegnando la somma mai vista prima di 750 milioni di dollari americani, a condizione che altri donatori si unissero all'iniziativa. Lo fecero quasi immediatamente la Norvegia e il Regno Unito, dando corpo al progetto e mandando un segnale forte alle imprese produttrici sulla prossima generazione di nuovi mercati, e l'Alleanza fu lanciata due mesi dopo a Davos.^{120,121}

2.2. Status legale e sua evoluzione

GAVI fu istituita seguendo l'idea iniziale di un partenariato, senza struttura legale propria; non una nuova organizzazione, ma un piccolo segretariato ospitato dall'UNICEF. Nel 2009 si rese indipendente costituendosi come fondazione di diritto svizzero, con base a Ginevra, formalmente non costituita in base ad un trattato internazionale.¹²² Successivamente GAVI concluse un accordo di sede con il Consiglio federale svizzero che richiamando l'Atto federale sui privilegi, le immunità e le facilitazioni, e i sussidi finanziari conferiti dalla Svizzera come Stato ospitante, conferiva a GAVI privilegi e immunità di istituzione internazionale, ma esclusivamente rispetto al sistema giuridico svizzero.¹²³ GAVI può stabilire e stabilisce accordi con singoli Stati, ma gli accordi tra entità private costituite in

¹¹⁸ Moran, M. (2008). "The 800 pound gorilla": The Bill & Melinda Gates Foundation, the GAVI Alliance and philanthropy in international public policy. Paper Prepared for the International Studies Association 49th Annual Convention, San Francisco March 26-29.

¹¹⁹ <http://www.gavi.org/about/mission/history/> (accesso 9/3/2016)

¹²⁰ Moran, M. (2008). *Op.cit.*

¹²¹ <http://www.gavi.org/about/mission/history/>

¹²² L'Accordo di sede tra GAVI e il Consiglio federale svizzero che ne determina lo status legale, e l'Atto federale sui privilegi, le immunità e le facilitazioni, e i sussidi finanziari conferiti dalla Svizzera come Stato ospitante, offrono a GAVI l'immunità esclusivamente rispetto al sistema giuridico svizzero.

¹²³ E' interessante notare che in parziale contraddizione con quell'accordo di Sede, in un messaggio al Parlamento, il Governo svizzero specificava che le organizzazioni intergovernative posseggono personalità giuridica in base alla legge internazionale, ma le istituzioni internazionali (es. GAVI) non la posseggono; occupano invece un posto nelle relazioni internazionali. Si veda *Loi sur l'Etat hôte*, LEH, 2006 :7617

base alla Legge dello Stato in cui hanno sede legale *non* costituiscono trattato internazionale e sono governati da leggi nazionali, non dalla Legge internazionale.¹²⁴

2.2.1. GAVI Campaign

All'inizio della storia dell'Alleanza, nel 1999, negli Stati Uniti fu costituita una non profit (*Public Charity*) denominata *GAVI fund*, denominazione conservata fino al 10 aprile del 2010 e quindi rinominata *GAVI Campaign*. Si tratta di un'organizzazione separata, costituita come *Public charity* americana (in base alla sezione 501(c)(3) del Codice di delle entrate domestiche degli Stati Uniti - *United States Internal Revenue Code*),¹²⁵ con il solo scopo di «sostenere il lavoro di GAVI, l'Alleanza per i vaccini, un partenariato pubblico-privato con sede a Ginevra». Lo status di non profit permette a *GAVI Campaign* di essere esentata dalle imposte federali e statali sulle entrate e permette a Fondazioni private (come ad esempio la Fondazione Bill & Melinda Gates) di contribuire a GAVI senza assumere responsabilità riguardo all'utilizzazione dei fondi; in tal modo facilita il coinvolgimento del settore privato, la raccolta fondi e l'attività di promozione negli Stati Uniti.

I contributi fatti a *GAVI Campaign* sono gestiti dal suo CdA, di soli tre membri,¹²⁶ e erogati a discrezione di quell'organo d'accordo alla missione che «include» il sostegno a *GAVI Alliance*.¹²⁷ Nel dicembre del 2011 il CdA della *GAVI Campaign* decise di ristrutturare l'organizzazione di modo che GAVI divenisse il solo membro della *GAVI Campaign*, risultandone una maggiore integrazione tra le operazioni della *GAVI Campaign* con quelle di GAVI.¹²⁸

2.2.2. IFFIm e GAVI Fund Affiliate

Nel 2006 l'Alleanza costituì anche due società private nel Regno Unito al fine di accelerare la disponibilità e migliorare la prevedibilità dei fondi destinati ai programmi del gruppo GAVI:

- La *International Finance Facility for Immunisation* (IFFIm). IFFIm usa impegni pluriennali di donatori governativi come garanzie per piazzare sul mercato globale dei capitali i suoi *Vaccine Bonds*.
- Il *GAVI Fund Affiliate* (GFA). Liquidato nel 2013, il GFA nasceva in relazione con l'IFFIm per stabilire accordi d'impegno con donatori governativi GFA, assegnando poi a IFFIm il diritto a ricevere pagamenti in contanti in base a quegli accordi. Allo stesso modo tutti i pagamenti in contanti da IFFIm a GAVI sarebbero avvenuti attraverso il GFA.¹²⁹

Fino al 2008 il GFA, che della GAVI era il braccio finanziario, aveva un proprio Consiglio di amministrazione. Nel 2008 il CdA del GFA è stato fuso con quello di GAVI, assicurando però che un terzo dei membri del nuovo CdA unificato rimanessero indipendenti rispetto alle operazioni del Fondo, al fine di evitare potenziali conflitti di interesse. La scelta sarebbe stata anche determinata da modalità proprie del settore privato, per il quale la partecipazione ad un CdA «non si basa sulla rappresentanza, ma sulle qualifiche individuali»¹³⁰

¹²⁴ Clarke, L. (2014). *Public-Private Partnerships and Responsibility under International Law. A Global Health Perspective*. Routledge, Oxon, p. 48-49

¹²⁵ Questo status di non profit permette a GAVI di essere esentata dalle imposte federali e statali sulle entrate e permette a Fondazioni private (come ad esempio la Fondazione Bill & Melinda Gates) di contribuire a GAVI senza assumere responsabilità riguardo all'utilizzazione dei fondi.

¹²⁶ Una delle ragioni per cui la valutazione indipendente della *BBB Wise giving alliance* ([give.org](http://www.give.org)) ritiene che non risponda agli standard di « *charity accountability* » <http://www.give.org/charity-reviews/national/health/gavi-campaign-in-washington-dc-40888> (accesso 9/3/2016)

¹²⁷ <http://gavicampaign.org/about-us/>

¹²⁸ GAVI Campaign (2015). *The Gavi Campaign Annual Financial Statements and Independent Auditors' Report*. Washington D.C.: GAVI Campaign.

¹²⁹ GAVI (2015). *GAVI, the vaccine alliance 2014 annual financial report*. GAVI Alliance, Geneva.

¹³⁰ Harmer, A., Bruen, C. (2011). *Op.cit.*

Più tardi per ridurre i costi e rendere più lineari le operazioni si decise di liquidare il GFA. Prima si separò il GFA dalla struttura dell'IFFIm con accordo entrato in vigore l'8 febbraio 2013. Poi nell'ottobre del 2013 il CdA del GFA avviò il processo di liquidazione completato nel dicembre del 2013. Da allora le attività proprie del GFA sono state trasferite al GAVI, quindi ogni impegno relativo a IFFIm viene formalizzato nei confronti della GAVI e poi assegnato a IFFIm.¹³¹ (GAVI 2015).

2.2.3. IFFIm Sukuk Company Limited

Nel Novembre 2014, fu costituita un'altra società: la *IFFIm Sukuk Company Limited* (IFFImSC), basata alle Isole Cayman e con responsabilità limitata. Il solo obiettivo della IFFImSC è quello di emettere certificati Sukuk¹³² a supporto delle operazioni dell'IFFIm.¹³³

2.3. Organizzazione e governance istituzionale

Oggi il gruppo GAVI è costituito da:

- *GAVI Alliance* (GAVI), Fondazione di diritto svizzero con sede a Ginevra.
- *GAVI Campaign*, non profit statunitense, basata a Washington DC, di cui *GAVI Alliance* è l'unico socio.
- *IFFIm*, costituita come società privata in Inghilterra e Galles e registrata come non profit presso la UK Charity Commission. La GAVI è l'unico socio di IFFIm. La Banca Mondiale ne assicura le funzioni di tesoreria. IFFIm assicura la copertura assicurativa dei direttori e dei funzionari della GAVI verso atti realizzati nel compimento delle loro funzioni. IFFIm è anche assicurata contro le perdite d'investimenti legate a atti criminali all'interno o all'esterno di IFFIm.¹³⁴
- *IFFIm Sukuk Company Limited* (IFFImSC)

2.3.1. Partner e parti interessate

Al 31 dicembre 2015 avevano partecipato a GAVI come donatori: 24 paesi,¹³⁵ la Commissione Europea, e diverse organizzazioni private commerciali e filantropiche.¹³⁶ 77 erano invece i paesi beneficiari.¹³⁷

2.3.2. Il Consiglio di amministrazione (Board)

Il Consiglio di amministrazione dell'Alleanza GAVI ne definisce le politiche, ne presiede le operazioni e assicura il monitoraggio dell'implementazione del programma.

¹³¹ GAVI (2015). GAVI, the vaccine ... *Op.cit.*

¹³² I *Sukuk* sono certificati finanziari islamici, simili alle obbligazioni (titoli di debito) nella finanza occidentale, conformi alla Sharia, la legge religiosa islamica. Poiché l'interesse pagato secondo il metodo tradizionale occidentale di obbligazione non è consentito nel contesto islamico, l'emittente di un *Sukuk* vende a un gruppo di investitori il certificato, che poi affitta all'emittente per un canone prestabilito. L'emittente fa anche una promessa contrattuale di riacquistare le obbligazioni in una data futura al valore nominale.

¹³³ *Ibidem*

¹³⁴ <http://www.gavi.org/about/governance/legal-structures/> (accesso del 9/3/2016)

¹³⁵ Australia, Brasile, Canada, Cina, Danimarca, Francia, Germania, Giappone, India, Irlanda, Italia, Lussemburgo, Norvegia, Oman, Paesi Bassi, Qatar, Regno dell'Arabia Saudita, Regno Unito, Repubblica di Corea, Russia, Spagna, Stati Uniti d'America, Sud Africa, Svezia.

¹³⁶ Le principali sono : Alwaleed Philanthropies, Bill & Melinda Gates Foundation, His Highness Sheikh Mohamed bin Zayed Al Nahyan, OPEC Fund for International Development (OFID), A & A Foundation, Absolute Return for Kids (ARK), Anglo American plc, Children's Investment Fund Foundation, Comic Relief, Dutch Postcode Lottery, ELMA Vaccines and Immunization Foundation, IFPW, JP Morgan, "La Caixa" Foundation, LDS Charities, Lions Club International (LCIF).

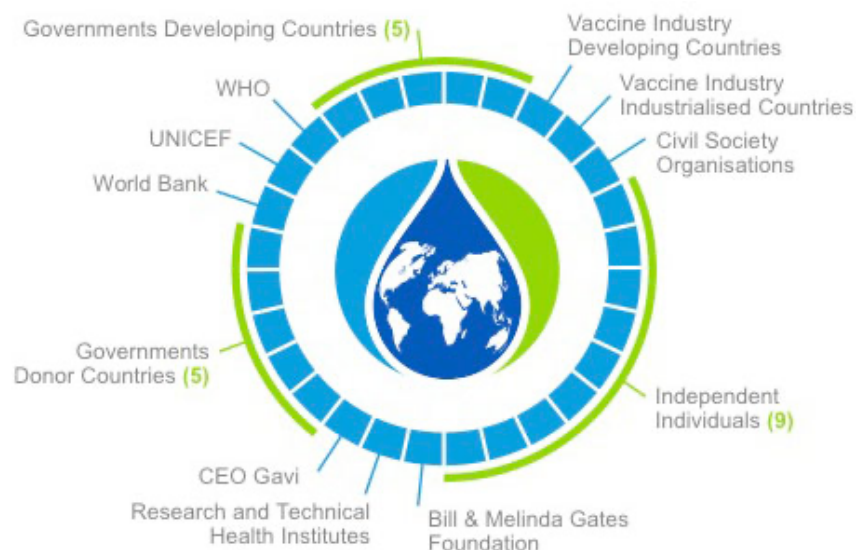
¹³⁷ GAVI (2015). All countries commitments and disbursements. <http://www.gavi.org/country/all-countries-commitments-and-disbursements/> (accesso del 6.3.2016)

Il Consiglio di amministrazione è composto da 28 seggi. Di questi, 18 sono seggi "rappresentativi" di organizzazioni o altre parti interessate, 9 seggi sono attribuiti a personalità indipendenti o "non affiliati", e un seggio appartiene *ex officio* al Direttore esecutivo (CEO) di Gavi. I rappresentanti del Consiglio assicurano che le istituzioni e i diversi gruppi di riferimento (*constituency*) possano formalmente contribuire allo sviluppo delle politiche della GAVIe alla gestione delle sue operazioni. UNICEF, l'OMS, la Banca Mondiale e la Fondazione Bill & Melinda Gates hanno seggio permanente nel Consiglio di amministrazione. Gli altri seggi sono a rotazione.

I membri indipendenti del Consiglio sono singoli individui con qualche collegamento professionale al lavoro di GAVI, e servono ad assicurare la presenza di competenze specifiche in ambiti critici dell'attività dell'Alleanza quali investimenti, controllo e raccolta fondi.

Ciascun membro del CdA (in rappresentanza di una organizzazione o *constituency* è eletto dallo stesso CdA per un periodo di tre anni, rinnovabile una sola volta. Le singole *constituency* stabiliscono al loro interno le modalità per la scelta del proprio rappresentante.

Fig. 3 - Composizione del Consiglio di Amministrazione della GAVI (Fonte: Gavi)



Ogni organizzazione partecipante ha il diritto di designare una persona quale membro titolare del Consiglio, nonché un "membro supplente". Entrambi i membri titolari e i supplenti sono invitati a partecipare alle riunioni del Consiglio; ogni organizzazione è in genere rappresentata da due persone. Ottenuto il permesso del relativo presidente alla riunione del Consiglio e alle riunioni dei comitati sono ammessi osservatori.

Il lavoro del Consiglio è sostenuto da sei Comitati:

- Comitato esecutivo (*Executive Committee*)
- Comitato per il programma e le politiche (*Programme and Policy Committee*)
- Comitato di Governance (*Governance Committee*)
- Comitato per gli investimenti (*Investment Committee*)
- Comitato di controllo e finanza (*Audit & Finance Committee*)
- Comitato di valutazione (*Evaluation Advisory Committee*)

2.3.3. Il Segretariato

Il Consiglio è assistito da un segretariato, con uno staff di circa 125 persone con uffici basati a Ginevra e a Washington DC (nella stessa sede della *GAVI Campaign*). Il Segretariato è responsabile per le operazioni correnti dell'Alleanza, tra cui la mobilitazione di risorse per il finanziamento dei programmi, il coordinamento e l'autorizzazione dei programmi e delle erogazioni, la politica di sviluppo e l'attuazione di iniziative strategiche, il monitoraggio e la valutazione, la gestione legale e finanziaria, e l'amministrazione per il Consiglio e per i suoi Comitati.

Nel novembre 2009, l'Alleanza ha istituito una funzione di controllo interno (*internal audit*) indipendente per valutare e rafforzare la gestione del rischio, il controllo interno e i processi di governance dell'organizzazione. Il lavoro della funzione di controllo interno interessa non solo il Segretariato, ma anche per i programmi e le attività dei beneficiari e dei partner che sostengono l'Alleanza. Detta funzione è guidata da un direttore generale che riferisce direttamente e contemporaneamente al CEO e al Consiglio.

Il Segretariato della GAVI svolge le proprie funzioni anche in assistenza a IFFIm.

Annualmente GAVI predispose rapporti finanziari consolidati del gruppo. Nel 2015 GAVI ha predisposto i rapporti finanziari consolidati per GAVI, IFFIm, GFA (fino alla dissoluzione nel 2013) e la *GAVI Campaign*, indicati collettivamente come il Gruppo GAVI (*Gavi Group*) e rapporti consolidati per le singole "consociate" (Quello dell'IFFIm include le informazioni relative a IFFImSC).¹³⁸

2.4. Funzionamento

Il meccanismo finanziario della GAVI a sostegno dei vaccini per i Paesi in via di sviluppo non è diretto solo alla loro fornitura, ma anche a promuoverne lo sviluppo e aumentarne la produzione. Consolidando la domanda dei Paesi beneficiari di nuovi vaccini e fornendo finanziamenti prevedibili e a lungo termine per farvi fronte, GAVI influenza il mercato dei vaccini: attrae nuovi produttori di vaccini mettendoli in competizione tra loro, con il risultato di far scendere i prezzi.

In collaborazione con i membri dell'Alleanza, sono stati sviluppati approcci di aiuto allo sviluppo basati sui risultati (*performance*) e meccanismi innovativi di finanziamento, e sono state introdotte nuove tecnologie per sostenere l'espansione della copertura vaccinale. Il valore aggiunto della GAVI è quello d'individuare nuove soluzioni a sei ostacoli tradizionalmente frapposti all'utilizzazione di vaccini salva-vita nei Paesi più poveri, in particolare:

- inserire le immunizzazioni nell'agenda dei donatori e dei Paesi in via di sviluppo;
- individuare meccanismi di finanziamento necessario per sostenere i programmi di immunizzazione a lungo termine;
- allineare i programmi di immunizzazione ai sistemi e piani sanitari nazionali;
- costruire sistemi sanitari in grado di garantire che nuovi vaccini siano distribuiti anche nei villaggi più remoti;
- rendere i vaccini nuovi abordabili per i Paesi in via di sviluppo;
- assicurare meccanismi che permetteranno ai governi di continuare i programmi d'immunizzazione a lungo dopo la fine di GAVI.

I paesi qualificati per ricevere sostegno dalla GAVI stabiliscono i loro bisogni rispetto all'immunizzazione, fanno richiesta per l'appoggio finanziario e sorvegliano la realizzazione dei loro programmi di vaccinazione. Secondo la linea politica di cofinanziamento di GAVI, i

¹³⁸ GAVI (2015). GAVI, the vaccine ... Op.cit

paesi riceventi devono contribuire con propri fondi all'acquisto dei vaccini al fine rafforzarne l'appropriazione e la sostenibilità dei programmi di immunizzazione sul lungo termine.¹³⁹

IFFIm e AMC sono parte del modello descritto. IFFIm ha la finalità di accelerare la disponibilità e la previsione dei fondi rivolti al Gruppo GAVI per l'Immunizzazione. L'AMC promuove lo sviluppo e la immissione sul mercato del vaccino anti-pneumococcico.

2.5. Finanziamento

GAVI è finanziato mediante contributi diretti e meccanismi finanziari innovativi (AMC, IFFIm e *GAVI Matching fund*). IFFIm e AMC sono descritti in dettaglio più avanti.

Il *GAVI matching fund*, è la più recente iniziativa di partenariato a sostegno della GAVI ed è stato costituito con l'obiettivo di mobilitare risorse per 260 US\$ entro la fine del 2015. Il nuovo programma si basa sull'impegno congiunto del governo britannico (DFID) e della Fondazione Gates di mettere a disposizione 130 milioni di US\$ a fronte di un ammontare equivalente fornito da altre fondazioni, imprese e i loro partner, clienti e il loro personale. Associandosi a questa iniziativa, questi nuovi partner non solo contribuiscono al finanziamento di GAVI, ma aggiungono visibilità ai temi e alle iniziative di GAVI, e possono anche apportare specifiche competenze utili ad affrontare le sfide tecnologiche e logistiche delle immunizzazioni.

In totale, dalla sua creazione fino al 2034 sono stati impegnati a favore della GAVI 23,5 miliardi di US\$, di cui 21,5 miliardi di US\$ sono già stati pagati.¹⁴⁰

Nelle tabelle che seguono si presenta la situazione dettagliata al 31 dicembre 2015.¹⁴¹

Tab. 1 - Contributi a GAVI (impegni) al 31 dicembre 2015 (milioni di US\$) (Fonte: GAVI, modificata)

	2000-2010					2011-2015				
	Contributi diretti Totale	Matching Fund Totale	AMC Totale	IFFIm Totale	TOTALE GENERALE	Contributi diretti Totale	Matching Fund Totale	AMC Totale	IFFIm Totale	TOTALE GENERALE
Governi donatori e Commissione Europea	2.039		316	576	2.931	3.977	61	746	1.190	5.974
Fondazioni, organizzazioni e società	1.241		20		1.261	1.276	149	30		1.455
TOTALE IMPEGNI:	3.280		336	576	4.191	5.253	210	776	1.190	7.429

	2016-2020					2021 - 2034				
	Contributi diretti Totale	Matching Fund Totale	AMC Totale	IFFIm Totale	TOTALE GENERALE	Contributi diretti Totale	Matching Fund Totale	AMC Totale	IFFIm Totale	TOTALE GENERALE
Governi donatori e Commissione Europea	5.430	12	388	2.102	7.932				2.416	2.416
Fondazioni, organizzazioni e società	1.483	92			1.575					
TOTALE IMPEGNI:	6.913	104	388	2.102	9.506				2.416	2.416

¹³⁹ <http://www.gavi.org/about/governance/programme-policies/co-financing/> (accesso del 9/3/2016)

¹⁴⁰ Tra i contributi diretti rientrano quelli raccolti negli USA mediante *GAVI Campaign*. Come ordine di grandezza di quel canale di raccolta si consideri che nel 2014 *GAVI Campaign* aveva raccolto 11 milioni di US\$ e destinato al programma (contributo a *GAVI Alliance*) 9,2 milioni di US\$ (<http://gavicampaign.org/wp-content/uploads/2015/08/GAVI-Campaign-2014-Financial-Statements.pdf>) (accesso del 9/3/2016)

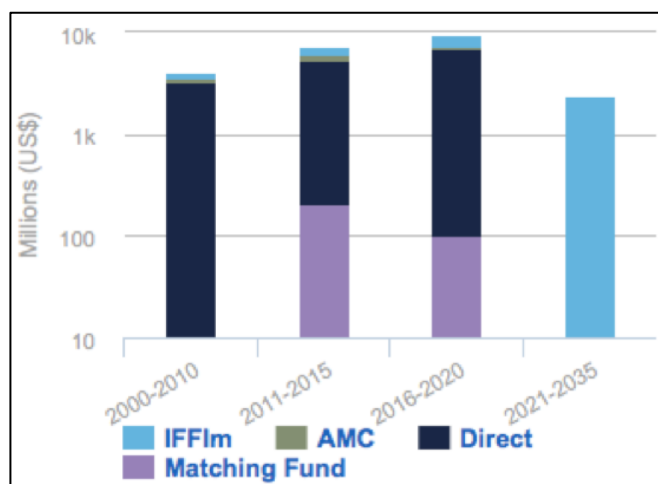
¹⁴¹ GAVI (2015). Contributions and Proceeds to GAVI as at 31 December 2015 <http://www.gavi.org/Library/GAVI-documents/Funding/acp/Annual-Contributions-and-Proceeds-31-December-2015/> (accesso del 9/3/2016)

Tab. 2 - Contributi a Gavi (erogazioni) al 31 dicembre 2015 (milioni di US\$) (Fonte GAVI, modificata)

	2000-2010					2011-2015				
	Contributi diretti	Matching Fund	AMC	IFFIm	TOTALE GENERALE	Contributi diretti	Matching Fund	AMC	IFFIm	TOTALE GENERALE
	Totale	Totale	Totale	Totale		Totale	Totale	Totale	Totale	
Governi donatori e Commissione Europea	2.026		40	1.876	3.942	3.984	61	886	600	5.531
Fondazioni, organizzazioni e società	1.241		3		1.243	1.276	149	41		1.466
TOTALE EROGAZIONI	3.267		43	1.876	5.186	5.260	210	927	600	6.997

	2016-2020					2021 - 2034				
	Contributi diretti	Matching Fund	AMC	IFFIm	TOTALE GENERALE	Contributi diretti	Matching Fund	AMC	IFFIm	TOTALE GENERALE
	Totale	Totale	Totale	Totale		Totale	Totale	Totale	Totale	
Governi donatori e Commissione Europea	5.436	12	371	1.314	7.133			153	407	560
Fondazioni, organizzazioni e società	1.483	92	1		1.576			5		5
TOTALE EROGAZIONI	6.918	104	373	1.314	8.708			158	407	565

Fig. 4 - Contributi erogati e impegnati a favore della GAVI(2000-2035)



2.6. Meccanismi finanziari innovativi utilizzati dalla GAVI: IFFIm e AMC

2.6.1. International Finance Facility for Immunization (IFFIm)

L'International Finance Facility for Immunization (IFFIm), lanciato nel 2004 su proposta del Regno Unito e con immediato sostegno dell'Italia, mobilita risorse sui mercati di capitale attraverso l'emissione di titoli (*IFFIm Bonds*) garantiti dagli impegni pluriennali e giuridicamente vincolanti dei paesi donatori a versare i loro contributi in un arco di tempo di 20 anni. Rappresenta il principale strumento di finanziamento a lungo termine della GAVI, generando ampie e immediate disponibilità di capitali per le attività della GAVI, assicurandone la programmabilità.

2.6.1.1. Struttura e governance

IFFIm è una società privata, dotata di autonoma personalità giuridica e di un proprio Consiglio di amministrazione, registrata come "charity" (non profit) in Inghilterra e Galles.

IFFIm riceve supporto amministrativo dalla GAVI, mentre la Banca Mondiale le fornisce i servizi di tesoreria, gestione del rischio e contabilità.

I membri del CdA di IFFIm's (*trustees*)¹⁴², sono anche i direttori di IFFIm e sono responsabili dei piani strategici della società, di cui supervisionano l'implementazione, e delle funzioni di monitoraggio date in gestione a GAVI e alla Banca Mondiale.

Il Comitato di controllo (*audit*) – formato da due membri - è un comitato permanente del CdA di IFFIm.¹⁴³

2.6.1.2. Evoluzione e funzionamento

Il concetto di IFF (*International Finance Facility*) è stato sviluppato dal governo britannico nel *UK Treasury Paper* del 2003 con l'assistenza della *Goldman Sachs* con l'obiettivo di rendere immediatamente disponibili ("front load") per le attività gestite da istituzioni nazionali ed internazionali grandi quantità di risorse mediante la collocazione di *IFF bonds* sui mercati finanziari internazionali. In particolare, l'IFFIm ha il ruolo rendere rapidamente disponibili le risorse finanziarie per l'acquisto di vaccini da parte di GAVI, consentendone il contenimento del prezzo internazionale e l'offerta regolare, facilitando l'espansione della copertura dei servizi di immunizzazione. A tal fine l'anticipazione delle risorse e una buona prevedibilità degli investimenti hanno rappresentato gli elementi chiave del nuovo strumento.¹⁴⁴

Affinché il nuovo strumento potesse essere accolto favorevolmente dai mercati era però indispensabile che le tre principali agenzie di rating qualificassero l'IFFIm con una tripla A, livello di *rating* considerato necessario per mantenere i costi del prestito i più bassi possibili. Si riteneva altresì necessario che l'IFFIm, quale ente gestore dell'iniziativa finanziaria fosse indipendente, da un punto di vista legale e organizzativo, dai paesi donatori e dal governo britannico.¹⁴⁵

2.6.1.3. Aspetti finanziari

Ad oggi, nove paesi donatori supportano l'IFFIm con livelli di impegno diversi: Regno Unito, Italia, Francia, Spagna, Svezia, Norvegia, Australia, Paesi Bassi e Sud Africa (Tab. 3).¹⁴⁶

Tab. 3 - Paesi che contribuiscono a IFFIm (impegni confermati) (Fonte: IFFIm)

Paese	Ammontare impegnato (Equivalentente in US\$)	Equivalentente in divisa nazionale
Regno Unito	2,980 milioni in 23 anni	GBP 1,630 milioni
Francia	1,720 milioni in 20 anni	EUR 1,240 milioni
Italia	635 milioni in 20 anni	EUR 499 milioni
Norvegia	264 milioni in 15 anni	US\$ 27 milioni & NOK 1,500 milioni
Australia	256 milioni in 20 anni	AUD 250 milioni
Spagna	240 milioni in 20 anni	EUR 189.50 milioni
Paesi bassi	114.4 milioni in 12 anni	EUR 80 milioni
Svezia	38 milioni in 15 anni	SEK 276 milioni
Sudafrica	20 milioni in 20 anni	US\$ 20 milioni

¹⁴² I membri del CdA di IFFIm erano sei nel 2014

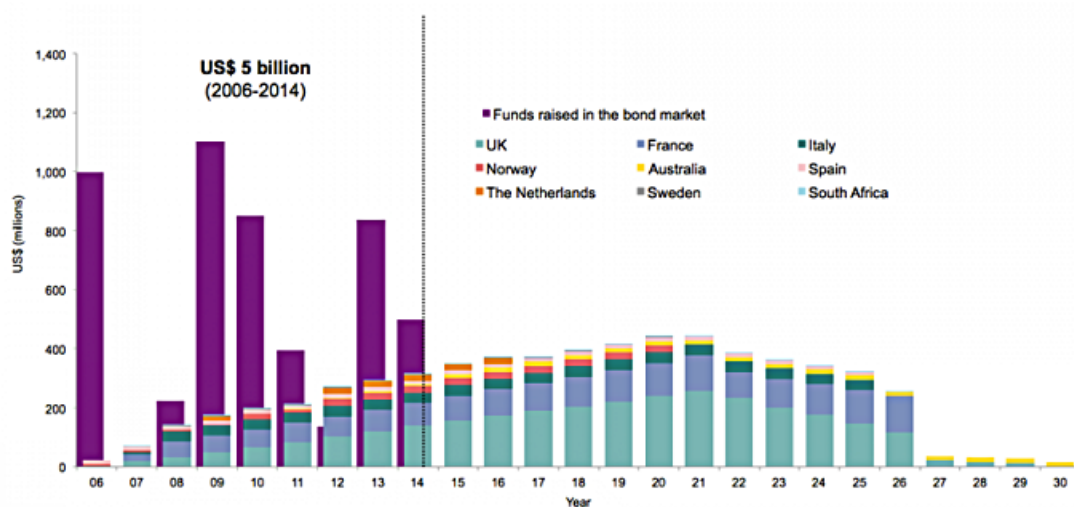
¹⁴³ IFFIm (2015). Report of the trustees and annual financial statements for the year ended 31 December 2014.

¹⁴⁴ Pearson M, Clarke J, Ward L, Grace C, Harris D, Cooper M. (2011). Evaluation of the International Finance Facility for Immunization (IFFIm), Annexes. London: HLSP, Aprile.

¹⁴⁵ IFFIm (2012) Annual Report of the Trustees and Annual Financial Statements. Dicembre

¹⁴⁶ <http://www.iffim.org/donors/> (accesso del 3.3.2016)

Fig. 5 - Obbligazioni emesse e fondi impegnati (Fonte: World Bank 2014)



Grazie al ruolo della Banca Mondiale come gestore della tesoreria, l'IFFIm è stato classificato come un ente a rischio zero, come una banca di sviluppo multilaterale e in seguito incorporata come società di beneficenza (*charity*) in Gran Bretagna nel giugno 2006.

Per giudicare la performance finanziaria dell'IFFIm, i report della tesoreria contengono una serie di indicatori che analizzano i costi di finanziamento, il costo di mantenimento (*“cost of carry”*),¹⁴⁷ i costi di gestione in relazione al ritorno degli investimenti sulla base di un benchmark idoneo, in modo tale che il sostenimento di costi di finanziamento bassi può essere verificato.¹⁴⁸ Il successo dei *bonds* è stato coronato con l'ingresso al mercato giapponese Uridashi, noto per i suoi costi di finanziamento molto bassi e per la sua esclusività, dato che l'accesso è consentito soltanto alle istituzioni con un alto rating.¹⁴⁹ Un altro punto di forza importante è la sua trasparenza nella raccolta dei fondi, nelle strategie, politiche, *reporting* finanziario, performance, rischio, *accountability*, emissione di titoli e gestione delle risorse. Questo ha contribuito a dare all'IFFIm sia credibilità sia elevato consenso tra i *paesi donatori* e tra gli *stakeholder*.¹⁵⁰

L'accordo sui finanziamenti probabilmente è una delle operazioni *core* più rilevanti dell'IFFIm, che riceve l'attenzione di tutti gli *stakeholder*.

Nel contesto degli anticipi sui finanziamenti è importante considerare tre aspetti principali: innanzitutto l'abilità di raccogliere fondi sui mercati dei capitali, regolata dal *“gearing ratio”* (indice di solidità patrimoniale¹⁵¹ e da un *“financial cushion ratio”*,¹⁵² richiesti dagli investitori come assicurazione di essere ripagati; inoltre la capacità della GAVI di usare e spendere le risorse IFFIm rapidamente grazie anche all'abilità delle istituzioni riceventi; infine i profili del rimborso ai donatori, legati alla negoziazione tra *paesi donatori* e GAVI.¹⁵³

¹⁴⁷ Costo di mantenimento: insieme dei costi da sostenere per assumere e detenere una determinata posizione in un investimento, può comprendere costi prettamente finanziari quali interessi sull'investimento.

¹⁴⁸ Swahla A. (2013). Credit Analysis: the International Finance Facility for Immunization (IFFIm). Moody's Investors Service, Inc..

¹⁴⁹ Standard & Poor's (2014). Outlook On International Finance Facility for Immunisation Revised To Ne- gative; 'AA/A-1+' Ratings Affirmed. 14 Novembre.

¹⁵⁰ Pearson M, Clarke J, Ward L, Grace C, Harris D, Cooper M. (2011). *Op.cit.*

¹⁵¹ Indice di solidità patrimoniale: indice che evidenzia la capacità di un soggetto di essere solvibile rapportando il debito al capitale proprio.

¹⁵² Financial cushion ratio: indice di copertura finanziaria che in genere è dato dal rapporto $D/E < 40\%$, ossia da un rapporto tra i debiti a medio- lungo termine e il capitale inferiore al 40%. Tanto più basso è questo rapporto, tanto più bassi sono il rischio di liquidità e la leva finanziaria.

¹⁵³ *Ibidem*

Le *Financial Policies and Strategies* (FPS) suggerite dalla BM e adottate dall'IFFIm sono basate su cinque punti chiave:

- 1) la strategia di finanziamento;
- 2) la gestione della liquidità;
- 3) la gestione degli investimenti;
- 4) la strategia di gestione dei rischi e
- 5) il modello *Gearing Ratio Limit* (GRL)¹⁵⁴.

Ci sono tre rischi principali in cui l'IFFIm può incorrere: la perdita della BM nel ruolo di tesoriere, la perdita della tripla A e il superamento del GRL. Senza la presenza della BM, il modello di raccolta fondi dell'IFFIm avrebbe bisogno di cambiamenti: l'IFFIm potrebbe perdere la credibilità, lo status sovranazionale, la tripla A, il rischio ponderato allo 0% e l'accesso a mercati di nicchia come l'Uridashi, riducendo i risultati e incrementando i costi di finanziamento.¹⁵⁵

Nel perdurante clima di crisi finanziaria la concentrazione dei *donatori* - Francia e Regno Unito contribuiscono per il 75% del totale – rappresenta un rischio reale. Un *downgrade* di questi Paesi avrebbe infatti un impatto negativo sproporzionato sull'*outlook* dell'IFFIm. Un maggior coinvolgimento di paesi classificati con tripla A, come ad esempio i governi di Danimarca, Finlandia e Germania permetterebbe di ridurre quel rischio.

Sotto il profilo finanziario i cosiddetti IFFIm *bonds* hanno attratto numerosi investitori e permesso una consistente raccolta fondi, favorita dalle importanti garanzie offerte dal ruolo svolto dalla Banca Mondiale, dall'IFFIm come ente gestore sovranazionale e dall'ingresso dei titoli nel mercato di nicchia giapponese Uridashi, consentendo la classificazione dello strumento a rischio 0% e un *rating* alto.

Valutazioni indipendenti dell'IFFIm, condotto nel 2011, concludevano che benché il concetto alla base di IFFIm fosse ormai consolidato «di per sé il meccanismo non rappresenta un modello sostenibile ed è poco probabile che possa essere replicato per altre iniziative nel settore sanitario». Rimangono preferibili i finanziamenti a lungo termine da parte dei donatori, anche se si riconosce che la prevedibilità non è garantita dall'aiuto tradizionale.¹⁵⁶

2.6.2. Advance Market Commitment (AMC)

L'*Advance Market Commitment* (AMC), proposto dall'Italia nel febbraio 2005 ai Ministri finanziari del G8 e avviato nel giugno 2009, è un meccanismo basato sul cosiddetto *pull funding approach*, secondo il quale le risorse pubbliche forniscono incentivi al settore privato ad impegnarsi nella ricerca e nello sviluppo dei vaccini necessari ai paesi più poveri.

L'incentivo si basa sull'impegno assunto dai governi partecipanti a rendere disponibili fondi «in anticipo sul mercato» garantendo l'acquisto di quei prodotti (nel caso specifico un vaccino anti-pneumococcico). I donatori erogano finanziamenti vincolati all'acquisto futuro di un vaccino che non è stato ancora pienamente sviluppato, in cambio, le case farmaceutiche s'impegnano a mettere in vendita i prodotti con standard qualitativi definiti e a un prezzo sostenibile anche oltre la fine dei sussidi.

¹⁵⁴ Il GRL crea un “*equity cushion*”, che dimostra l'esistenza di una lievissima possibilità che l'IFFIm non possa ripagare tutti i suoi debiti, nel caso in cui si indebita più del GRL: ciò rappresenta una sicurezza sufficiente per gli investitori che l'IFFIm non potrebbe superare il GRL. Più elevato è il GR (indice di solidità patrimoniale) più alta è la rischiosità del titolo Pearson M, Clarke J, Ward L, Grace C, Harris D, Cooper M. (2011). *Op.cit*

¹⁵⁵ *Ibidem*

¹⁵⁶ World Bank (2014). The World Bank's Partnership with the GAVI Alliance. Global Programme Review.

Il primo progetto pilota di AMC per lo sviluppo e l'introduzione di un vaccino pneumococcico per i Paesi beneficiari della GAVI è stato lanciato nel 2007 dalla GAVI Alliance, la Banca Mondiale, l'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'UNICEF, la Fondazione Bill & Melinda Gates e i governi di Italia, Canada, Russia, Norvegia e Regno Unito.¹⁵⁷ Al 31 marzo 2015, erano stati resi disponibili per la fornitura nei termini e secondo i criteri stabiliti per l'AMC pilota, solo due vaccini coniugati anti-pneumococci (PCV). Solo due imprese farmaceutiche (GSK e Pfizer) sono state aggiudicatrici di un accordo di fornitura, per rispettivamente il 36% e il 37% dei fondi messi a disposizione dall'AMC. Il restante 27% non è stato assegnato. Non si prevede che altre imprese siano in grado di produrre vaccini pre-qualificati dall'OMS prima del 2018.¹⁵⁸

2.6.2.1. Evoluzione e funzionamento

Nel progetto pilota di AMC i donatori impegnano fondi per assicurare l'acquisto dei vaccini una volta resi disponibili dall'industria. Con la certezza di vendere il prodotto una volta sviluppato, l'industria è incentivata a investire in ricerca e sviluppo e ad aumentare le proprie capacità produttive. Per partecipare le imprese devono firmare un impegno giuridicamente vincolante a fornire i vaccini ad un prezzo abbordabile sul lungo termine per Paesi in via di sviluppo.

Tramite l'implementazione di questo sistema si superano due ostacoli centrali per i mercati di nuovi vaccini: la difficoltà per le industrie farmaceutiche, di recuperare gli ingenti investimenti necessari allo sviluppo e produzione dei vaccini per il mercato dei paesi in via di sviluppo; l'incremento dei prezzi, fino a divenire proibitivi, tanto per i paesi poveri che adottino i vaccini in questione, come per le agenzie che finanziano il programma.

L'idea alla base degli AMC fu introdotta per la prima volta da Kremer nel 2001 e ridefinita successivamente.¹⁵⁹ L'anno successivo il gruppo di esperti del *Center for Global Development* (CGD) stilò un report in cui venne discussa nel dettaglio l'idea degli AMC e dove si raccomandava la comunità dei donatori di adottare il progetto. Nel febbraio 2007 GAVI, la Banca Mondiale, l'OMS, UNICEF, *the Bill & Melinda Gates Foundation* e i governi di Italia, Canada, Russia, Norvegia e Regno Unito, lanciarono formalmente il primo progetto sugli AMC. Nel 2008 con il documento "*Designing Advanced Market Commitments for New Vaccines*" i membri del *AMC Economic Expert Group* fornirono un'analisi economica degli effetti degli AMC sul mercato dei vaccini. In estrema sintesi quei modelli sostenevano che:

- nell'ipotesi base con monopolio e nel caso in cui si estendesse l'ipotesi base ai paesi a medio reddito in presenza di competizione, gli AMC incentiverebbero comunque maggiori investimenti;
- nel caso in cui si stabilisse un prezzo massimo, non verrebbe meno il vantaggio in termini di ritorno marginale economico degli investimenti effettuati dalle industrie farmaceutiche.¹⁶⁰

Nonostante la fiducia riposta in ambito internazionale in questa iniziativa e gli studi analitici condotti da Kremer e collaboratori in qualità di esperti e promotori del progetto, non sono mancate le critiche sulle reali potenzialità dello strumento. In particolare Sonderholm delineava diverse criticità riguardo il funzionamento del meccanismo alla base degli AMC. Secondo Sonderholm il meccanismo degli AMC non creerebbe veramente un mercato, ma funzionerebbe come un meccanismo a premi.

¹⁵⁷ Cali M.L., Missoni E. (2015). "La finanza innovativa. La partecipazione italiana a IFFIm e AMC", *Sistema Salute*, 58(4): 440-52..

¹⁵⁸ GAVI Alliance. (2015). *Advance Market Commitment for Pneumococcal Vaccines Annual Report* 1 April 2014 – 31 March 2015 (pp. 1–53).

¹⁵⁹ Kremer, M., Levin, J. & Snyder, C. (2008). *Designing Advanced Market Commitments for New Vaccines*. <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.169.2988&rep=rep1&type=pdf> (accesso del 9/3/2016)

¹⁶⁰ *Ibidem*

Infatti lo studioso asseriva che l'azienda farmaceutica che sviluppa per prima un farmaco che rispetta gli standard medici stabiliti dall'*Independent Adjudication Committee* (IAC), si aggiudica i fondi stanziati dai *paesi donatori* come se fossero una sorta di premio monetario. In questo modo per le industrie farmaceutiche in competizione, al rischio di non riuscire a raggiungere gli standard medici richiesti con il loro prodotto, si aggiunge l'incertezza di arrivare per prime e ottenere il "premio". La percezione di tale rischio potrebbe disincentivare gli investimenti in questi progetti, e dunque si sortirebbe l'effetto opposto rispetto a quello auspicato con l'idea base degli AMC. Inoltre Sonderholm individua altri tre punti deboli nel sistema degli AMC. Non si tiene conto della possibilità che nel futuro la domanda per quel determinato farmaco in cui l'azienda vincitrice ha investito possa crollare, per diverse ragioni. Inoltre, le industrie farmaceutiche al fine di ottenere i fondi messi a disposizione sarebbero fortemente incentivate a raggiungere il target stabilito dallo IAC, ma non ad andare oltre quegli standard.¹⁶¹

Tutti i sostenitori di questo strumento innovativo di finanziamento sono pienamente consapevoli dell'esistenza di rischi relativi al funzionamento dello strumento, alcuni legati a alla formazione del prezzo, altri alla possibilità che più prodotti di diversa qualità giungano a trovarsi sul mercato al medesimo prezzo, altri legati ai rischi di corruzione o spreco delle risorse. Per maggiori approfondimenti su questi aspetti, peraltro oggetto di un forte dibattito tra gli esperti del settore, si rimanda alla letteratura specializzata.¹⁶²

La funzione di garante della Banca Mondiale rappresenta un vantaggio anche per gli AMC che sembrerebbero dare promettenti risultati sul piano dell'incentivo allo sviluppo di prodotti altrimenti senza mercato. Ciò nonostante lo strumento non è esente da rischi. Tra questi la possibilità che le risorse non siano destinate alla produzione di prodotti bio-medici di massima qualità, e la possibilità di innescare fenomeni distorsivi di corruzione e favoritismi tra i governi recipienti e le industrie del farmaco.¹⁶³

L'Italia ha fortemente sostenuto questo strumento fin dal progetto pilota del 2007.

¹⁶¹ Sonderholm, J. (2010). A theoretical flaw in the advance market commitment idea. *Journal of medical ethics*; 36(6), pp.339–343

¹⁶² Cali M.L., Missoni E. (2014). *Op.cit.*

¹⁶³ *Ibidem*

BOX – 1 – Ruolo degli attori partecipanti al meccanismo AMC

Banca Mondiale

I donatori affidano i loro contributi alla Banca Mondiale sulla base di uno scadenzario concordato o attraverso meccanismi concordati basati sulla domanda. I fondi ricevuti sono contabilizzati dalla Banca Mondiale e sono trasferiti a GAVI in base alle condizioni stabilite per l'AMC.

UNICEF

Sulla base di una Previsione strategica della domanda (*Strategic Demand Forecast, SDF*) che GAVI aggiorna annualmente, l'UNICEF indice delle gare di fornitura. I fornitori interessati devono firmare un accordo di registrazione, che li vincola ai termini e alle condizioni di AMC.

Le offerte devono indicare una data d'inizio della fornitura a non più di cinque anni dalla sottoscrizione. L'assegnazione non può superare la domanda prevista per l'anno in cui i fornitori propongono di iniziare a fornire il prodotto.

L'UNICEF valuta tutte le offerte ricevute e stabilisce accordi di fornitura con le ditte produttrici i cui prodotti siano stati considerati idonei dal Comitato indipendente di valutazione.

L'UNICEF può anche stabilire accordi provvisori di fornitura con quelle ditte produttrici registrate nell'AMC il cui prodotto sia stato accettato dalla OMS ai fini della prequalifica, o è già stato prequalificato.

Comitato indipendente di valutazione

Il Comitato indipendente di valutazione (*Independent Assessment Committee, IAC*) decide se il prodotto rispetta il Profilo del prodotto obiettivo (*Target Product Profile, TPP*) disposto per l'AMC pneumococcico.

Ditte produttrici

Le ditte produttrici partecipanti devono impegnarsi per dieci anni a fornire una quota parte della domanda obiettivo di 200 milioni di dosi annualmente a un prezzo non superiore ai 3,5 US\$ per dose (pagati dalla GAVI con un contributo alla spesa dei Paesi beneficiari, in base alla politica standard della GAVI di cofinanziamento). In cambio, ogni ditta produttrice riceverà una quota parte proporzionale al loro impegno di fornitura, dei 1,5 miliardi US\$ assegnati a AMC.

2.6.2.2. Valutazione dell'AMC Pilota

L'AMC pilota per lo sviluppo e introduzione di un nuovo vaccino pneumococcico è stato recentemente valutato in modo specifico. La valutazione riporta un impatto particolarmente positivo dell'AMC pilota che ha permesso di accelerare la vaccinazione contro la malattia pneumococcica in 53 Paesi beneficiari, immunizzando 49 milioni di bambini tra il 2009 e il 2014, con una stima di circa 250'000 morti evitate tra bambini sotto i cinque anni di età. Il pilota AMC ha stimolato la domanda e migliorato la fornitura, ma secondo la valutazione, avrebbe avuto scarsa influenza nell'accelerare la ricerca e lo sviluppo, e avrebbe mostrato l'inefficacia del “*pull mechanism*”.¹⁶⁴ In particolare, essendo stato basato su vaccini candidati già in stadio avanzato di sviluppo, l'AMC pilota non ha avuto successo nell'accelerare i tempi di produzione di altri produttori (per esempio il *Serum Institute of India*), favorendo solo due grandi produttori transnazionali che già detenevano il prodotto avanzato (ovvero GSK e Pfizer). Questi invece hanno accresciuto la propria capacità produttiva per rispondere

¹⁶⁴ *Pull mechanism* (meccanismo di attrazione) di cui AMC è un prototipo, si contrappone al più tradizionale *Push mechanism* (meccanismo di spinta) che prevede finanziamenti diretti per la ricerca. Il dibattito su quale dei due meccanismi sia più efficace è parte di un dibattito sul finanziamento dei vaccini molto vivace sul finire degli anni '90. Uno dei maggiori fautori del « *Pull* » era Jeffrey Sachs. Si veda : Muraskin, W. (ed.) (2001). *Vaccines For Developing Economies. Who will pay ?* The Albert B. Sabin Vaccin Institute, Colloquium at Cold Spring Harbor, December 5-7, 1999

all'accresciuta domanda per il vaccino; in parte gli investimenti necessari erano già stati pianificati dalle due case farmaceutiche prima dell'avvio di AMC.¹⁶⁵

2.7. Risultati conseguiti dall'Alleanza: prodotti (*Output*); benefici diretti (*outcome*) e impatto

Dall'inizio delle sue attività GAVI ha erogato 9,4 miliardi di US\$ a sostegno delle vaccinazioni e dello sviluppo delle componenti del settore sanitario legate alle immunizzazioni.¹⁶⁶ GAVI è divenuto il terzo maggior finanziatore multilaterale in sanità, dopo il GFATM e la Banca Mondiale. Nel 2014 ha registrato erogazioni superiori a 1,6 miliardi di dollari US.¹⁶⁷

A livello Paese GAVI è considerato un donatore con un mandato limitato ad un singolo obiettivo, senza presenza forte sul terreno, per la quale fa affidamento sui partner (in particolare UNICEF e OMS). La maggior parte del sostegno della GAVI è diretto ai vaccini, con componenti minoritarie per il rafforzamento dei sistemi sanitari, i servizi di immunizzazione e altri programmi.

Per essere idonei a ricevere aiuti dalla GAVI i Paesi devono avere un Reddito nazionale lordo (RNL) al di sotto di 1'570 US\$ pro capite (annualmente rivisto in base all'inflazione).

Tra il 2000 e il 2013 GAVI avrebbe contribuito all'immunizzazione aggiuntiva di 440 milioni di bambini, portando la copertura vaccinale di DPT3 dal 68% all'83% contribuendo così alla riduzione della mortalità dei bambini sotto i 5 anni di età e contribuendo al raggiungimento del OSM4. Dal 2011 GAVI ha contribuito all'introduzione di nuovi vaccini e relative campagne in 67 paesi. I vaccini introdotti nei programmi di routine hanno interessato il vaccino pentavalente (DPT3-epatite-Hib), il vaccino antipneumococcico e quello contro il rotavirus. Inoltre, attraverso campagne di massa sono stati introdotti i vaccini contro la meningite e il morbillo. La GAVI ha inoltre contribuito a rafforzare i sistemi sanitari migliorando lo stoccaggio e la fornitura di vaccini e stimolando, a tutti i livelli, la ricerca e lo sviluppo di vaccini. La GAVI ha notevolmente contribuito a inserire i vaccini nell'agenda globale, sintetizzata nella Decade dei vaccini (2011-2020) adottata dall'Assemblea Mondiale della Sanità nel 2012 e basata su di un piano globale che prevede i sistemi d'immunizzazione come un elemento essenziale di un sistema sanitario ben funzionante.¹⁶⁸

La performance della GAVI è stata valutata da dodici valutazioni esterne (commissionate dalla GAVI) che descrivono il sostegno della GAVI ai Paesi come un intervento "salvavita", con un buon rapporto costo-efficacia.¹⁶⁹

Anche alcuni partner bilaterali (Regno Unito, Svezia e Australia) hanno condotto valutazioni su GAVI in termini di valore aggiunto, efficacia dell'aiuto, allineamento e rilevanza per le loro politiche di sviluppo, traendone risultati favorevoli a GAVI ad esempio in termini di costo-efficacia, innovazione e trasparenza.¹⁷⁰ Uno studio norvegese ha rilevato

¹⁶⁵ Boston Consulting Group. (2015). The Advance Market Commitment Pilot for Pneumococcal Vaccines: Outcomes and Impact Evaluation, .

¹⁶⁶ GAVI (2015). All countries commitments and disbursements. <http://www.gavi.org/country/all-countries-commitments-and-disbursements/> (accesso 9/3/2016)

¹⁶⁷ IHME (2015). Op. cit.

¹⁶⁸ Bustreo, F., Okwo-Bele, J.-M., & Kamara, L. (2015). World Health Organization perspectives on the contribution of the Global Alliance for Vaccines and Immunization on reducing child mortality. *Archives of Disease in Childhood*, 100 Suppl 1(Suppl 1), S34–7. <http://doi.org/10.1136/archdischild-2013-305693>

¹⁶⁹ The World Bank. (2014). *Op.cit.*

¹⁷⁰ *Ibidem*

l'appropriatezza del meccanismo e dei livelli di cofinanziamento da parte dei Paesi beneficiari.¹⁷¹

2.8. Criticità: efficienza; efficacia; impatto dell'Alleanza GAVI

Uno studio realizzato da Brugha e collaboratori nel 2002¹⁷² riportava insieme ad un generico apprezzamento dell'iniziativa, prevalentemente motivato dalla rapida messa a disposizione di nuove risorse, alcuni elementi critici, con particolare riferimento ai condizionamenti imposti dai meccanismi e dalle procedure previste dalla GAVI. Si lamentavano, procedure eccessivamente farraginose ed onerose in termini di risorse umane e materiali locali che sottraevano il personale di livello professionale – già scarso - agli abituali compiti istituzionali e ad attività di maggiore priorità, a fronte di un'assistenza inadeguata da parte di GAVI. I meccanismi decisionali imposti dalla GAVI a livello paese intralciavano a volte il buon funzionamento dei programmi di sanità pubblica. I Comitati di coordinamento a livello Paese erano distratti da aspetti procedurali, che non permettevano di affrontare temi spinosi relativi alla sostenibilità finanziaria dei nuovi vaccini, venivano esclusi di fatto dalla sede reale del processo decisionale (che avveniva tra Ministero della Sanità e i consulenti multilaterali), o erano dominati da piccoli gruppi di donatori, senza permettere il più ampio coinvolgimento della società civile. L'aumento della spesa sanitaria derivante dall'introduzione di nuovi vaccini, cui GAVI condizionava l'aiuto, ne metteva seriamente in discussione la sostenibilità sul lungo periodo, specialmente in assenza di garanzie circa la continuità dei finanziamenti oltre i cinque anni dell'impegno iniziale. D'altra parte, di fronte alle carenze strutturali dei sistemi sanitari dei paesi beneficiari, il fatto che GAVI avesse stabilito che i suoi fondi non potessero essere utilizzati per finanziare costi ricorrenti (ad esempio, per il funzionamento dei servizi) costituiva un limite notevole al raggiungimento dei risultati richiesti. In termini più generali, l'approccio della GAVI veniva contestato in termini di equità: il condizionamento dei finanziamenti alle prestazioni, avrebbe rischiato di escludere proprio i paesi con meno risorse e capacità per rispondere ai bisogni locali e maggiore necessità di supporto, con il rischio aggiuntivo della manipolazione dei dati sulle prestazioni per mostrare l'efficienza che GAVI richiedeva per assicurare nuovi finanziamenti.¹⁷³

A difesa di GAVI, l'allora direttore esecutivo - il norvegese Tore Godal – sostenne che a differenza di «nuove iniziative globali lanciate a suon di fanfara e poi impantanatesi nella burocrazia e criticate per essere troppo lente», GAVI in solo due anni aveva già approvato finanziamenti per 54 paesi, su 74 con i requisiti necessari e «i Paesi si sono mossi rapidamente perché giovani vite sono a rischio, vite che possono essere salvate attraverso l'accesso ai vaccini disponibili». D'altra parte, sosteneva ancora Godal, la GAVI «non può correggere, e non correggerà, da sola le difficoltà sistemiche che sono esistite per decenni. [...] GAVI fornirà la necessaria stabilità ai sistemi di distribuzione, alla creazione della domanda e alla fornitura di vaccini» e «se il settore pubblico può lavorare per aiutare a rendere più appetibile ai produttori 'l'ambiente dei vaccini' nei paesi in via di sviluppo, i bambini dei paesi più poveri avranno accesso a vaccini migliori e più efficaci».¹⁷⁴

Un'analisi iniziale sul funzionamento di GAVI, sottolineava l'eccessiva enfasi sui vaccini *high tech*, la mancanza di sostenibilità e trasparenza, e l'eccessiva dipendenza dai finanziamenti del settore privato. Secondo lo stesso studio, la forte inclinazione a finanziare l'introduzione di vaccini ad alta tecnologia, piuttosto che il rafforzamento dei servizi essenziali di vaccinazione, rischiava di aggravare le iniquità in salute nei paesi più poveri.

¹⁷¹ Gouglass, D. (2014). Evaluation of the GAVI Alliance Co-financing Policy. Norwegian Institute of Public Health, Oslo.

¹⁷² Brugha R., Starling, M., Walt, G. (2002). GAVI, the first steps: lessons for Global Fund, *The Lancet*, 359; 435-438

¹⁷³ *Ibidem*

¹⁷⁴ Godal T. (2002), GAVI, the first steps: lessons for the Global Fund, *The Lancet*, 360, 175-176

Mentre i paesi più poveri mancavano ancora di accesso a vaccini essenziali e a basso costo (come quelli contro difterite, tetano e pertosse), s'introducevano nuovi vaccini in paesi che già disponevano di una certa copertura vaccinale. In altre parole GAVI avrebbe privilegiato la creazione di mercato per i vaccini nuovi. La ricerca riportava anche le condizioni poste da alcuni rappresentanti dell'industria farmaceutica per partecipare all'alleanza: garanzia di prezzi "ragionevoli"; sostegno per un mercato credibile e sostenibile; rispetto dei diritti internazionali di proprietà intellettuale; un sistema differenziato di prezzi con le necessarie barriere alla riesportazione dei prodotti dai PVS verso i mercati più ricchi e la proibizione del ricorso alla produzione locale su "licenza obbligatoria". Più in generale, riferiva la posizione dei rappresentanti dell'industria contro ogni proposta di trasferimento di tecnologie, ritenendo lo sviluppo di vaccini «troppo complesso per istituti pubblici di ricerca e produttori locali dei paesi in via di sviluppo».¹⁷⁵

Sul tema dell'equità un recente studio sistematico della letteratura in proposito, ivi incluse le stesse valutazioni di GAVI, ha cercato di tracciare l'impegno dell'Alleanza. La GAVI non avrebbe avuto risultati univoci nel rispondere alle disuguaglianze tra Paesi nell'utilizzazione dei servizi d'immunizzazione, mentre solo recentemente avrebbe posto maggior enfasi e risorse per rispondere alle disuguaglianze esistenti all'interno di ciascun paese. Nel tempo GAVI ha aggiunto vaccini al proprio portfolio e questa espansione, a giudizio degli autori della ricerca, avrebbe dovuto affrontare iniqua distribuzione del carico di malattia tra paesi, tra regioni e di genere, ma l'evidenza rispetto a questi risultati è scarsa.¹⁷⁶

Diversi autori hanno sottolineato i problemi derivanti dal potere decisionale acquisito dal settore privato, privilegiato nel processo decisionale interno a GAVI rispetto a quello conferito agli attori della società civile, nonché nelle relazioni esterne con l'industria attraverso l'AMC. Altri hanno considerato comunque importante la partecipazione degli attori privati nelle reti di formulazione delle politiche (*policy networks*), visto che in definitiva - in quanto principali responsabili di ricerca e sviluppo, produzione, e commercializzazione dei vaccini - sono tra gli attori più influenti nella definizione di qualsiasi politica tesa a migliorare l'accesso ai vaccini.¹⁷⁷

Rispetto alle accuse, riprese dai media,¹⁷⁸ per cui GAVI stava creando nuovi vantaggiosi sbocchi commerciali per i produttori di vaccini, piuttosto che prevenire le malattie, Godal fu categorico: «sono un'assoluta stupidaggine (*complete nonsense*)».¹⁷⁹ In merito alla sostenibilità dell'iniziativa sul lungo periodo, però, concordava: «La sfida della creazione di sistemi sostenibili è uno dei temi più critici in tutte le aree dello sviluppo, non solo del GAVI».¹⁸⁰

E' stato però fatto notare che GAVI ha adottato dall'inizio un concetto di sostenibilità piuttosto attenuato, centrato sul mantenimento del programma di vaccinazione, piuttosto che sulla capacità dei paesi beneficiari di sostenerlo con propri mezzi: «Anche se la sostenibilità è l'obiettivo finale, in un futuro più prossimo il finanziamento sostenibile è [inteso come] la

¹⁷⁵ Hardon A. (2001), *Immunization for All? A critical look at the first GAVI partners meeting*, *HAI Europe*, 6 (1) (www.haiweb.org/pubs/hailights/mar2001/index.html) (non più accessibile)

¹⁷⁶ Gandhi, G. (2015). Charting the evolution of approaches employed by the Global Alliance for Vaccines and Immunizations (GAVI) to address inequities in access to immunization: a systematic qualitative review of GAVI policies, strategies and resource allocation mechanisms through an equity lens (1999–2014). *BMC Public Health*, 1–35. <http://doi.org/10.1186/s12889-015-2521-8>

¹⁷⁷ Moran, M. (2008). "The 800 pound gorilla": The Bill & Melinda Gates Foundation, the GAVI Alliance and philanthropy in international public policy. Paper Prepared for the International Studies Association 49th Annual Convention, San Francisco March 26-29, 2008., 26.

¹⁷⁸ Boseley S. (2002). Charity attacks vaccine alliance, *The Guardian*, January 16, www.guardian.co.uk/international/story/0,3604,634082,00.html (accesso del 9/3/2016)

¹⁷⁹ Godal T. (2002), *Op.cit.*

¹⁸⁰ *Ibidem*

capacità di un paese di mobilitare e usare efficientemente in maniera affidabile le risorse domestiche e risorse supplementari esterne per raggiungere i traguardi attuali e futuri di performance nelle vaccinazioni in termini di accesso, utilizzazione, qualità, sicurezza ed equità». ¹⁸¹ Dunque bisognava pensare a nuove fonti di finanziamento per il dopo-GAVI; di questo era cosciente Godal che suggeriva nuovi prestiti della Banca Mondiale. ¹⁸²

Già pochi anni dopo, alcune di quelle preoccupazioni hanno trovato conferma nei fatti. L'espansione dello schema di vaccinazione con l'introduzione di nuovi vaccini ha portato a raddoppiare e a volte a triplicare i costi dei programmi nazionali di immunizzazione, aumenti in gran parte determinati dal costo dei soli vaccini e non solo di quelli nuovi introdotti, ma anche di quelli già in uso, mettendo ulteriormente in dubbio la sostenibilità del programma all'esaurimento dell'assistenza internazionale. ¹⁸³

Un'attenta analisi statistica realizzata su un campione di paesi vicini al limite dell'idoneità per accedere al sostegno di GAVI, non ha trovato un impatto statisticamente significativo sui tassi di vaccinazione per i vaccini più vecchi (DPT3, epatite B), nonostante la disponibilità di vaccini assicurata dalla GAVI per coprire il 100% della popolazione nei Paesi idonei. La stessa ricerca ha poi trovato una relazione statisticamente significativa tra l'introduzione di vaccini sussidiati dalla GAVI e una certa deviazione verso altre voci di spesa della spesa nazionale per le vaccinazioni, senza peraltro mettere in luce alcuno spreco dei vaccini forniti. Lo studio conferma invece il positivo impatto della GAVI sui tassi di vaccinazione con nuovi vaccini (Hib e Rotavirus). ¹⁸⁴

In questo senso un miglior uso dello strumento di programmazione della sostenibilità futura (*Forward Sustainability Planning*, FSP) richiesto dalla GAVI ai paesi beneficiari avrebbe dovuto consentire di affrontare la situazione alla fine dei cinque anni dell'iniziativa, quando i Paesi si sarebbero trovati a dover affrontare nuovi importati costi ricorrenti aggiuntivi. D'altra parte l'iniziativa si basava sul presupposto che GAVI avrebbe promosso la mobilitazione di nuove risorse internazionali consentendo il passaggio al dopo-GAVI, e che il sostegno all'introduzione di nuovi vaccini in almeno 75% dei paesi più poveri avrebbe portato velocemente a sostanziali riduzioni di prezzo dei vaccini, rendendolo più abbordabile per i paesi in questione dopo il termine del programma. ¹⁸⁵

Altri autori hanno indicato lo scollegamento tra le élite politiche che condividono un approccio "globalista" e gli operatori sul campo che vorrebbero fossero favoriti interventi più partecipativi e vicini ai bisogni locali, e che non vedono nelle vaccinazioni la panacea dei problemi globali di salute. La visione della GAVI per cui i vaccini hanno un elevato rapporto costo-efficacia e devono quindi essere privilegiati rispetto al finanziamento di altri interventi «è un attraente affermazione retorica, ma non è mai stata validata». ¹⁸⁶ Secondo alcuni è indispensabile una riformulazione degli obiettivi della GAVI tesa a costruire solide fondamenta su cui impiantare risultati. ¹⁸⁷

¹⁸¹ Kaddar, M., & Levine, R. (2004). Financial challenges of immunization: a look at GAVI. *Bull World Health Organ*, 82(9), 697–702.

¹⁸² Yamey, G. (2001). *Op.cit.*

¹⁸³ Kaddar, M., & Levine, R. (2004). Financial challenges of immunization: a look at GAVI. *Bull World Health Organ*, 82(9), 697–702.

¹⁸⁴ Dykstra, S., Glassman, A. L., Kenny, C., & Sandefur, J. (2015). The Impact of Gavi on Vaccination Rates: Regression Discontinuity Evidence. *SSRN Electronic Journal*.
<http://doi.org/10.2139/ssrn.2623084>

¹⁸⁵ Kaddar, M., & Levine, R. (2004). *Op.cit.*

¹⁸⁶ Muraskin, W. (2004). The Global Alliance for Vaccines and Immunization: is it a new model for effective public-private cooperation in international public health? *American Journal of Public Health*, 94(11), 1922–1925.

¹⁸⁷ *Ibidem*

Molte delle critiche legate ad un approccio eccessivamente verticale sono state considerate nell'approntare la nuova strategia della GAVI che ha condotto all'inclusione nelle proposte di finanziamento azioni a supporto dello sviluppo dei sistemi sanitari (*Health Systems Strengthening*, HSS). Purtuttavia quell'appoggio più che ai Sistemi sanitari nel loro insieme, è finalizzato alle sole componenti inerenti le attività di immunizzazione ed è finalizzato all'aumento della copertura vaccinale.¹⁸⁸

Seppure con molteplici *caveat* uno studio realizzato sulle proposte (*non* sui risultati degli interventi) presentate dai paesi beneficiari utilizzando la nuova "finestra" di finanziamento per il rafforzamento dei sistemi offerta dalla GAVI, ha fornito qualche evidenza circa i vantaggi offerti dal grado di flessibilità e il livello di discrezionalità consentiti ai paesi nella formulazione delle loro proposte al GAVI.¹⁸⁹

Anche il nuovo approccio della GAVI al rafforzamento dei sistemi sanitari non è rimasto esente da critiche. Come si è visto sopra (vedi cap. 2.1.) negli ultimi anni è cresciuta la critica alle iniziative "verticali" riaffermandosi la necessità di un approccio di sistema. Passato il timore di una riduzione dell'abituale sostegno, anche le iniziative globali eminentemente verticali come GAVI e GFATM hanno introdotto una finestra tematica in questo senso, cercando di appropriarsi del tema. Nonostante la sua autoproclamata devozione all'approccio specializzato ai vaccini, GAVI ha introdotto il rafforzamento dei sistemi tra i principi chiave della sua missione. Purtuttavia, cosa ciò significhi realmente rimane poco chiaro, nel contesto del dibattito tra contrastanti concezioni di sistema. A differenza di concettualizzazioni ampie di sistema di salute, che ne enfatizzano le dimensioni politiche e sociali,¹⁹⁰ l'appoggio della GAVI al rafforzamento dei sistemi sanitari è emblematico del cosiddetto "Approccio Gates" alla salute globale, centrato su soluzioni tecnologiche che devono produrre risultati precisi e misurabili. Nonostante il retorico appoggio a sistemi sanitari "olistici", GAVI e altre iniziative globali tentano di captare il dibattito globale sul rafforzamento dei sistemi a favore del loro approccio e cultura selettivi, costruendo pubblicamente l'idea che investimenti verticali possano servire a raggiungere finalità "orizzontali" quali il rafforzamento dei sistemi sanitari. «Ironicamente – scrive Storeng, questa strategia - «serve a legittimare alcune delle pratiche – finanziamento privato, iniziative selettive per il controllo delle malattie e un approccio ristretto alla misurazione di risultati sanitari misurabili – che hanno indiscutibilmente contribuito a decimare i sistemi sanitari dei paesi poveri».¹⁹¹

L'ultimo dei rapporti indipendenti commissionati dalla GAVI criticava lo scarso allineamento delle attività della GAVI alle sue strategie, sollecitando la necessità di una migliore definizione delle priorità nell'assegnazione delle risorse del Segretariato e dei suoi partner. Il rapporto sottolineava inoltre la scarsa attenzione a monitoraggio e valutazione e il debole rendiconto (*accountability*) verso i partner esecutori. Scarsa anche la performance riguardante l'obiettivo della riduzione dei prezzi dei vaccini, mentre – in base a quel rapporto - rimarrebbero aperte una serie di questioni in relazione al modello della GAVI per il rafforzamento dei sistemi, scelta dei vaccini e modello di finanziamento avrebbe conseguenze negative per la sostenibilità finanziaria dei Paesi.¹⁹²

¹⁸⁸ IFFIm (2015). Report of the trustees and annual financial statements for the year ended 31 December 2014.

¹⁸⁹ Goeman, L., Galichet, B., Porignon, D. G., Hill, P. S., Hammami, N., Essengue Elouma, M.-S., et al. (2010). The response to flexibility: country intervention choices in the first four rounds of the GAVI Health Systems Strengthening applications. *Health Policy and Planning*, 25(4), 292–299. <http://doi.org/10.1093/heapol/czq002>

¹⁹⁰ CSDH (2008). *Op.cit.*

¹⁹¹ Storeng, K. T. (2014). The GAVI Alliance and the "Gates approach" to health system strengthening. *Global Public Health*, 9(8), 865–879. <http://doi.org/10.1080/17441692.2014.940362>

¹⁹² The World Bank. (2014). *Op. cit.*

3. La Cooperazione italiana per la salute materno infantile e la partecipazione a GAVI

3.1. Strategie della Cooperazione italiana per la salute globale e la salute materno infantile

Le linee strategiche del settore sanitario hanno fatto riferimento fino al 2014 alla legge n.49/87, abrogata con l'entrata in vigore della riforma introdotta con legge n.125/2014 divenuta pienamente operativa (almeno sul piano formale) il primo gennaio 2016.

Nella legge n. 49/87 l'unico riferimento concernente la salute era: "è finalizzata al soddisfacimento dei bisogni primari e in primo luogo alla salvaguardia della vita umana". In quel contesto e con quel riferimento, nel 1989 il settore sanitario della Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo (DGCS) del Ministero degli Affari Esteri (MAE) si dotò per la prima volta di principi guida per le attività in quello specifico settore.¹⁹³ Si pose allora l'accento sulla sanità di base, intesa come strategia integrata verso l'obiettivo della "Salute per tutti" fissato nel 1979 ad Alma Ata, più tardi inserito nel contesto della più ampia strategia della Cooperazione italiana per la lotta alla povertà. Quelle linee guida, si richiamavano anche alla promozione dell'equità nella distribuzione e nell'accesso alle risorse per la salute, che è stato a lungo un principio retto della politica italiana in tema di sanità sia a livello nazionale che nell'ambito delle iniziative italiane di cooperazione allo sviluppo. Per quanto riguarda la salute infantile si sottolineava la necessità di ricorrere a servizi «resi permanentemente disponibili attraverso le strutture sanitarie», assicurando «l'integrazione delle attività preventive e promotive con i servizi di diagnosi e cura». I programmi per l'infanzia sarebbero stati altresì integrati con le attività di promozione della salute materna. La promozione ed il recupero della salute nel più ampio contesto delle iniziative dirette al miglioramento delle condizioni di vita dei minori e delle loro famiglie avrebbe considerato congiuntamente i bisogni di alloggio, educazione, sicurezza e salute coinvolgendo i relativi servizi sociali, sanitari e scolastici. Secondo quei Principi guida anche le "campagne" di vaccinazione, portate alla ribalta dai programmi di "sopravvivenza infantile" promossi in ambito internazionale, potevano essere ammesse solo in particolari situazioni di emergenza promuovendo invece «l'integrazione di tali azioni nei servizi sanitari nazionali». Allo stesso modo l'indispensabile integrazione nei servizi veniva richiamata a proposito dei programmi di lotta alle grandi endemie e delle attività nutrizionali, insistendo costantemente sulla necessità di una più ampia collaborazione con altri settori.¹⁹⁴ La nostra Cooperazione si affacciava al nuovo decennio in evidente controtendenza rispetto alla prevalente "Agenda" internazionale, ma forte di una propria visione. A più di dieci anni da Alma Ata, la Cooperazione Italiana ne confermava obiettivi e strategie e rifiutava esplicitamente la tendenza "selettiva", divenuta dominante, che aveva allontanato l'attenzione dalla salute, per focalizzarsi sul controllo di singole malattie.

Benché negli anni tali concetti fossero stati richiamati più volte nelle relazioni della cooperazione italiana,¹⁹⁵ e nonostante si fosse ripetutamente insistito sull'adozione di un approccio «interdisciplinare che vede la salute non solo come diritto umano fondamentale, ma anche come un fattore essenziale per lo sviluppo socioeconomico complessivo»,¹⁹⁶ seguendo le tendenze affermatesi sul finire degli anni '90 a livello mondiale, nella pratica all'inizio degli anni 2000, l'Italia iniziò ad abbandonare il suo tradizionale approccio sistemico,

¹⁹³ MAE/DGCS (1989). La Cooperazione sanitaria italiana. Principi Guida. Roma: Ministero degli Affari Esteri; Direzione Generale della Cooperazione allo Sviluppo.

¹⁹⁴ MAE/DGCS (1989). *Op.cit.*

¹⁹⁵ MAE/DGCS (2005). Relazione annuale sull'attuazione della politica di cooperazione allo sviluppo nel 2005. Roma: Ministero degli Affari Esteri; Direzione Generale della Cooperazione allo Sviluppo.

¹⁹⁶ MAE/DGCS (2007). DIPCO n. 22, 7/6/2007, pp. 97-104

facendosi promotrice di iniziative globali paucitematiche a partire dalla sua partecipazione al Fondo Globale per la lotta all'AIDS, la tubercolosi e la malaria (GFATM).

Nel 2009 i citati Principi guida furono aggiornati attraverso un processo partecipativo che coinvolse esperti di molteplici istituzioni pubbliche e private. Le nuove linee guida mantenevano l'accento sull'approccio sistemico alla salute e delle già ricordate iniziative globali a carattere "verticale" si fa menzione esclusivamente nella prefazione "politica" al documento. Le parole chiave di quelle linee guida erano la lotta contro la povertà e le disuguaglianze socio-economiche, l'accesso universale ed equo ai servizi sanitari, il rafforzamento dei sistemi di salute, la partecipazione comunitaria, le reti di conoscenza e l'efficacia dell'aiuto per la salute globale.¹⁹⁷ E' stato fatto notare che in quelle linee guida la lotta alle malattie infettive (ivi incluse l'HIV/Aids, la tubercolosi, la malaria e le malattie neglette) è solo uno dei molteplici obiettivi di sistemi di salute universalmente ed equamente accessibili.¹⁹⁸ L'incoerenza tra le linee guida di Salute globale - basate su di un'ampia consultazione nazionale al massimo livello di competenza tecnica - e l'indirizzo politico-burocratico diveniva evidente negli indirizzi di programmazione della DGCS (MAE/DGCS 2012).¹⁹⁹ In quelli, l'attenzione era centrata sulla partecipazione italiana al Fondo globale per la lotta all'AIDS, la tubercolosi e la malaria e a meccanismi innovativi di finanziamento dell'aiuto, quali l'*International Finance facility for Immunisations* (IFFIm) e l'*Advance Market Commitment* (AMC), con un marginale riferimento al rafforzamento dei sistemi sanitari e all'accesso universale ai servizi.²⁰⁰

3.2. I cambiamenti introdotti in seguito alla Legge n.125/2014

Con la legge n.125/2014 l'Italia ha ridefinito le finalità del proprio contributo alla Cooperazione internazionale. Per quanto riguarda la promozione della salute seppure non esplicitata questa s'inquadra chiaramente nel riferimento alla «centralità della persona umana, nella sua dimensione individuale e comunitaria» indicata all'art.1, comma 2. Gli obiettivi fondamentali enumerati nelle lettere successive, in particolare: «Sradicare la povertà e ridurre le disuguaglianze, migliorare le condizioni di vita delle popolazioni e promuovere uno sviluppo sostenibile» (lettera a) e «tutelare e affermare i diritti umani» (lettera b) sono obiettivi inseparabili dalla promozione della salute e non possono essere perseguite che mediante un approccio sistemico.²⁰¹

Nel 2014, «con tempestività rispetto al nuovo quadro normativo italiano e ai negoziati [allora, *ndR*] in corso per la definizione dei nuovi obiettivi internazionali di sviluppo» l'Amministrazione ha sentito il bisogno di aggiornare ancora una volta i principi guida, circoscrivendone questa volta il periodo di riferimento al triennio (2014-2016). In questo modo sembrerebbe che si voglia attribuire loro il carattere di linee guida di programmazione piuttosto che quello di "principi" guida. La vera novità rispetto ai precedenti è costituita da uno strumento definito "marker di efficacia" da applicare alle singole iniziative, in realtà più per verificarne l'attinenza ai principi medesimi, che a misurare qualsivoglia "efficacia" (ossia il raggiungimento degli obiettivi e l'impatto) degli interventi. E' da notare che ancora una volta i "Principi guida" seguono un approccio sistemico che si riflette nell'organizzazione del documento secondo i seguenti "pilastri": Protezione sociale e contrasto alle disuguaglianze

¹⁹⁷ MAE/DGCS (2009). *Salute Globale: Principi Guida della Cooperazione Italiana*. Roma: Ministero degli Affari Esteri; Direzione Generale della Cooperazione allo Sviluppo (DGCS).

¹⁹⁸ Missoni, E., Tediosi, F., Pacileo, G., & Gautier, L. (2014). Italy's contribution to global health: the need for a paradigm shift. *Globalization and Health*, 10(1), 25. <http://doi.org/10.1186/1744-8603-10-25>

¹⁹⁹ MAE/DGCS (2012). *La Cooperazione italiana allo sviluppo nel triennio 2013-2015: Linee guida e indirizzi di programmazione*. Roma: Ministero degli affari esteri; Direzione generale della cooperazione allo sviluppo (DGCS).

²⁰⁰ Missoni, E., Tediosi, F., Pacileo, G., & Gautier, L. (2014). *Op.cit.*

²⁰¹ Legge 11 agosto 2014, n. 125 "Disciplina generale sulla cooperazione internazionale per lo sviluppo".

socioeconomiche e di genere; copertura sanitaria universale: accesso equo e protezione finanziaria; sistemi sanitari nazionali; partecipazione delle comunità; formazione, ricerca, reti di conoscenza e promozione culturale; disastri naturali o prodotti dall'uomo; efficacia della cooperazione internazionale per la salute globale. Per quanto concerne le linee guida inerenti alla salute materno-infantile, se ne trova indicazione nella sezione dedicata alla protezione sociale, laddove si menziona il sostegno al «pieno sviluppo cognitivo, emotivo e sociale dei bambini e delle bambine nei primi anni di vita»; in relazione alla copertura sanitaria prevedendo «il rafforzamento, anche in termini di qualità delle cure, dell'assistenza materna, neonatale e infantile *tramite approcci integrati*». ²⁰² Le iniziative di salute globale e i partenariati sono menzionati nel capitolo dedicato all'efficacia dove, con chiara allusione ai principi della Dichiarazione di Parigi, se ne sottolinea il sostegno all'integrazione «nei piani sanitari nazionali tenendo conto delle priorità dei paesi partner e allineando le modalità di programmazione, realizzazione, monitoraggio e valutazione ai sistemi locali». ²⁰³

Le più recenti indicazioni si trovano però nel documento di programmazione triennale (2015-2017), adottato dal Consiglio dei ministri nel 2015. ²⁰⁴ Per quanto riguarda i riferimenti alla salute, il documento è stato oggetto di diverse osservazioni in sede di Consiglio nazionale della cooperazione allo sviluppo (CNCS). Innanzitutto, nell'affermare la «consolidata esperienza e comprovate capacità» dell'Italia nella «salute globale», il Documento sembra non tener conto dei Principi guida vigenti cui è stato fatto riferimento sopra. ²⁰⁵ L'impegno a «più coerenza tra le politiche» non appare essere sostanziato in alcun specifico indirizzo. Ad esempio, mentre è assente ogni riferimento all'azione sui determinanti sociali della salute, strategia oggi al centro del dibattito internazionale, l'enfasi è posta su «segmenti altamente specifici dell'agenda globale», sulle iniziative di partenariato globale come il Fondo Globale per la lotta ad HIV/AIDS, tubercolosi e malaria e i meccanismi di finanziamento GAVI, che insistono su approcci verticali e orientati al prodotto (farmaco, vaccino); un approccio che peraltro difficilmente si concilia con una visione di sistema e il richiamo all'impegno di «rafforzare l'azione di *capacity-* e *state-building* nei paesi in cui si opera». L'approccio sorprendentemente «verticale» si manifesta nel documento anche riservando alle «campagne globali» un'ulteriore sezione scollegata da quella sulla priorità settoriale in salute. Nelle osservazioni al Documento prodotte in seno al CNCS dalla rappresentanza dell'Università si legge: «Sarebbe auspicabile un più forte richiamo al diritto alla salute e alle cure primarie che di quello e dell'accesso universale rappresentano il caposaldo, oltre a costituire un elemento fondante del sistema italiano di salute e della storia italiana di cooperazione in sanità, e quindi veramente rilevante nel ricercare la «coerenza della proiezione internazionale del sistema italiano della salute» ». ²⁰⁶

Del citato Documento di programmazione è previsto l'aggiornamento (difficilmente però entro la data del 31 di marzo 2016 stabilita dalla legge) alla luce degli impegni scaturiti dalla già ricordata «Agenda 2030» sottoscritta dai Capi di Stato e di governo a New York il 25 settembre del 2015, ponendo quell'agenda internazionale al centro delle politiche e strategie italiane di sviluppo con un approccio che integra le tre dimensioni dello sviluppo sostenibile – sociale, economica e ambientale – incorporando la governance, i diritti e l'uguaglianza di

²⁰² il corsivo è dell'autore di questa ricerca.

²⁰³ MAECI/DGCS (2014). Salute globale: Principi guida della cooperazione italiana. 2014-2016. Roma: Ministero degli affari esteri e della cooperazione internazionale.

²⁰⁴ MAECI (2015). La nuova cooperazione italiana. Documento di programmazione triennale (2015-2017). Roma: Ministero degli affari esteri e della cooperazione internazionale

²⁰⁵ MAECI/DGCS (2014). Salute globale... *Op.cit.*

²⁰⁶ CRUI (2015). Osservazione della CRUI a: «Un mondo in comune: solidarietà, partnership, sviluppo la nuova cooperazione italiana. Documento di Programmazione Triennale (2015 – 2017)». Roma, Conferenza dei rettori delle università italiane, 15 luglio

genere come priorità trasversali. Come già discusso, il terzo obiettivo di sviluppo è teso a: «Assicurare vita sana e promuovere il benessere per tutti a tutte le età».²⁰⁷

Le prime indicazioni provenienti dalla Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo del Ministero degli affari esteri e della cooperazione internazionale (MAECI) circa l'aggiornamento di quelle linee, formulate ai gruppi di lavoro del CNCS,²⁰⁸ prevedono il rilancio del ruolo della Cooperazione italiana allo Sviluppo «in un'ottica di valorizzazione e capitalizzazione del patrimonio di esperienza della Cooperazione italiana e al contempo di innovazione» nonché il rafforzamento dell'azione della Cooperazione italiana nei settori di tradizionale impegno, tra i quali si colloca anche la sanità. In relazione alle «Priorità» riferite all'OSS3 la «salute materno-infantile» trova specifica menzione, mentre è possibile ritenere che «Fondo Globale, GAVI, G7, G20, OMS» siano intesi come «Strumenti e Modalità». Infine quegli orientamenti insistono sull'efficacia degli aiuti.²⁰⁹

3.3. Esperienze della Cooperazione italiana in salute globale e per la salute materno infantile

Per moltissimi anni le iniziative di cooperazione bilaterale dell'Italia hanno seguito due linee strategiche principali: il sostegno ai sistemi sanitari nazionali e quello ai sistemi sanitari locali.²¹⁰ In una prospettiva di sistema – nazionale o locale - la titolarità locale, il coinvolgimento della società civile e il coordinamento con tutti gli attori locali hanno caratterizzato per decenni l'approccio italiano allo sviluppo, soprattutto in iniziative di sviluppo umano integrato e di cooperazione decentrata. Benché attivamente promossa, la partecipazione a programmi ad approccio settoriale integrato (SWAp)²¹¹ attraverso il supporto generale al bilancio e altri meccanismi *pooling* dei fondi si avviò solo all'inizio degli anni 2000 scontrandosi con tortuose procedure e una normativa inadeguata.²¹²

In base a questo approccio l'individuazione di iniziative specificamente limitate all'ambito materno infantile (così come al controllo di specifiche malattie) – spesso richiesta nella compilazione di statistiche internazionali - ha sempre rappresentato un'impresa piuttosto ardua e, in genere, compiuta solo per soddisfare quelle esigenze statistiche. L'indirizzo tradizionalmente «orizzontale» della cooperazione italiana si manifesta dunque anche nella nomenclatura delle sue iniziative bilaterali, rendendo difficile persino l'identificazione di iniziative caratterizzate in modo prevalente (se non esclusivo) da azioni per la salute materno-infantile. Ciò si è reso manifesto anche nella partecipazione dell'Italia a iniziative collettive, come ad esempio la *Muskoka Initiative*, promossa dalla Presidenza canadese del vertice dei G8 del 2010. In occasione del vertice tenutosi nella località canadese di Muskoka, i leader del G8 s'impegnarono a mobilitare 5 miliardi di dollari tra il 2011 e il 2015, in aggiunta ai 4,1 miliardi che i loro paesi già destinavano annualmente alla salute materno infantile. In quell'occasione, l'Italia s'impegnò a contribuire con 75 milioni di dollari alla *Muskoka Initiative*. Stando al sito delle Nazioni Unite che tiene traccia degli impegni dei singoli

²⁰⁷ UN (2015). *Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development*. New York (NY): United Nations. [https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030%20Agenda for Sustainable Development 20web.pdf](https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf) (accesso del 12.2.2016)

²⁰⁸ MAECI/DGCS (2016). *Anticipazioni fornite in sede di Consiglio Nazionale della Cooperazione allo Sviluppo in merito alla elaborazione dello schema di Documento triennale di programmazione e di indirizzo 2016-18*, il 22.2.2016.

²⁰⁹ *Ibidem*

²¹⁰ MAE/DGCS (2004). *Relazione annuale sull'attuazione della politica di cooperazione allo sviluppo 2004*. Roma: Ministero degli Affari Esteri; Direzione Generale della Cooperazione allo Sviluppo.

²¹¹ *Sector Wide Approach*

²¹² Missoni, E., Tediosi, F., Pacileo, G., & Gautier, L. (2014). *Op.cit.*

donatori, ad oggi l'Italia sembrerebbe non aver onorato quell'impegno,²¹³ viene invece promossa da studiosi dell'Università di Toronto che hanno analizzato il rispetto degli impegni assunti da ciascun Paese. Anche quegli analisti, fatta salve le *promesse* di finanziamenti diretti al GAVI²¹⁴ e il contributo al GFATM²¹⁵, non hanno potuto identificare iniziative bilaterali specificamente destinate a iniziative nel campo materno infantile e hanno quindi incluso nella valutazione diverse iniziative più o meno integrate in ambito sanitario.^{216,217} Riferire sull'esperienza italiana in materia di salute materno-infantile solo in base ai titoli delle iniziative, non renderebbe dunque giustizia del contributo della Cooperazione italiana alla salute delle fasce di popolazione in questione, che oltre ad essere una componente fondamentale dei programmi sanitari in generale, si è spesso iscritto in un più ampio approccio a sostegno dei diritti dei minori.

3.4. L'Italia e i partenariati pubblico-privato in tema salute: dal dibattito degli anni 2000 alla Legge di riforma (L.125/14).

Al di là del finanziamento di specifiche iniziative guidate dall'OMS mediante contributi volontari, fino al lancio del GFATM al vertice G8 di Genova nel 2001, l'Italia non si era lasciata coinvolgere in iniziative globali di partenariato pubblico-privato. Persino la definizione del GFATM fu il risultato di una tormentata gestione nella quale gli attori economici influenzarono pesantemente l'agenda proposta inizialmente dalla Presidenza italiana del G8 che fino a solo pochi mesi prima faceva esplicito riferimento agli obiettivi mancati di Alma-Ata e richiamava l'inefficacia di approcci selettivi per il controllo delle malattie.²¹⁸ Le iniziative selettive, infatti, contrastavano nettamente con il tradizionale approccio "orizzontale" e sistemico dell'Italia, a tal punto che nel farsi promotrice di una nuova iniziativa globale, la Presidenza italiana del G8 propose un "Fondo per l'assistenza sanitaria" e non l'organizzazione con approccio selettivo verso tre malattie che fu invece lanciata dal G8.²¹⁹

A partire dalla sua istituzione nel 2002 il GFATM divenne il principale beneficiario dell'APS italiano in sanità seppure con molte incertezze, instabilità e scarsa puntualità nei pagamenti, l'Italia si affermò come l'ottavo donatore del GFATM tra il 2001 e il 2009, riuscendo a conservare un posto nel consiglio di amministrazione del Fondo,²²⁰ poi però l'Italia non ha più fornito contributi fino al 2014 quando si è nuovamente impegnata per il triennio 2014-2016, onorando puntualmente i primi due anni.²²¹ Altre iniziative globali cui l'Italia ha contribuito sono la *Global Polio Eradication Initiative*; *Roll Back Malaria*; *Stop TB initiative*.

²¹³ <http://iif.un.org/content/maternal-newborn-and-child-health-muskoka-initiative-italy> (accesso del 23.2.2016)

²¹⁴ lo studio fa riferimento all'annuncio del 27 gennaio 2015 di finanziamenti diretti a GAVI per 100 milioni di euro nel periodo 2016-2020.

²¹⁵ approssimativamente 30 milioni di euro erogati a favore del GFATM nell'anno fiscale 2014-15.

²¹⁶ come ad esempio di un credito di aiuto di 21,5 milioni di euro alla Bolivia per interventi a livello ospedaliero e la sanità di base ; aiuti per 16,1 milioni di euro destinati alla sanità di base in Etiopia.

²¹⁷ Koceku E., Burton S., Cosolo S., Humeniuk M., Bracht C. (2015). 2014 Brussels G7 Summit Final Compliance Report. G7 Research Group, University of Toronto 7 June, p. 123

²¹⁸ Berlinguer G., Missoni E. (2001), "Anche la salute è 'globale'", *Politica Internazionale* (1/2): 273-284.

²¹⁹ Missoni E (2004). Summit, promesse non mantenute e nuovi impegni. In: Missoni, E. (a cura di) Osservatorio Italiano sulla Salute Globale. Rapporto 2004, Salute e Globalizzazione. Milano: Feltrinelli, pp.189-200.

²²⁰ Missoni E, Pacileo G, Cattaneo A (2008). La cooperazione italiana allo sviluppo in sanità: tra contraddizioni e buoni propositi. In Salute Globale e aiuti allo sviluppo. Diritti ideologie e inganni. Rapporto dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale. Pisa: Edizioni ETS, pp.164-178.

²²¹ http://www.theglobalfund.org/documents/core/financial/Core_PledgesContributions_List_en (accesso del 23.2.2016)

Dal 2006 l'Italia ha contribuito al finanziamento di attività gestite dall'Alleanza GAVI attraverso meccanismi di finanza innovativa che si descrivono più avanti.

Su questi temi è stato pressoché assente il dibattito parlamentare salvo venire a conoscenza delle problematiche relative alla crescita delle iniziative globali ad approccio selettivo - come GAVI e Fondo Globale - il loro impatto negativo in termini di frammentazione degli aiuti e della *governance* globale della salute (con particolare al ruolo e al funzionamento dell'OMS) attraverso l'indagine conoscitiva del Parlamento sui nuovi indirizzi internazionali delle politiche di cooperazione allo sviluppo. A conclusione di un'audizione il Presidente della IIIa Commissione concludeva in «questa dimensione globale, ciò che conta sono il rafforzamento e l'organizzazione dei sistemi sanitari dei singoli Paesi in un'ottica di coordinamento e di azione, attraverso un'OMS che possa essere rilanciata e riesca a superare la crisi attuale».²²²

3.5. Partecipazione dell'Italia all'Alleanza GAVI

3.5.1. Aspetti strategici

Secondo la lettura che GAVI fa dei principi guida della Cooperazione italiana 2014-2016 in tema di salute globale la strategia italiana sarebbe «ben allineata alla *mission* di GAVI» considerato l'accento posto sulla salute delle donne e dei bambini, la prevenzione e il controllo delle malattie infettive, croniche e non trasmissibili, e il rafforzamento dei sistemi sanitari. Inoltre, l'Italia dimostra un grande interesse per gli strumenti di finanza innovativa e i paesi prioritari per la Cooperazione italiana (salvo El Salvador) coincidono con quelli destinatari delle iniziative di GAVI».²²³ Il già citato “Documento di programmazione triennale 2015-2017” dedica una specifica sezione a “Le grandi campagne globali”, specificando che: «L'Italia continuerà a partecipare alle grandi campagne globali finalizzate a combattere le pandemie, a curare HIV-AIDS, tubercolosi, malaria, a respingere la minaccia di Ebola».²²⁴

Anche le già citate indicazioni fornite dalla DGCS relativamente all'aggiornamento del Documento di programmazione menzionano GAVI, nella sezione dedicata al contributo italiano al raggiungimento dell'OSS3 probabilmente intravedendo quella GPPP come uno strumento adeguato a garantire «l'accesso a farmaci essenziali e vaccini per tutti».²²⁵ E' da ritenere invece che l'accento posto in quelle indicazioni sui partenariati pubblico-privato e la menzione del ricorso a strumenti finanziari innovativi per stimolare l'effetto “leva” con i fondi privati non sia riferito a meccanismi finanziari come l'AMC di tipo “pull” nei confronti di imprese transnazionali produttrici di vaccini, bensì a operazioni che coinvolgano le imprese italiane,²²⁶ nell'ottica del coinvolgimento di “soggetti aventi finalità di lucro” appartenenti al sistema italiano di cooperazione allo sviluppo.²²⁷

In relazione alla conduzione della GAVI, l'Italia condivide con la Spagna un seggio nel Consiglio di Amministrazione, dove attualmente siede la Prof.ssa Angela Santoni, Direttore del Dipartimento di Medicina Molecolare dell'Università di Roma “La Sapienza”.²²⁸ Un profilo, certamente di alto livello scientifico, ma probabilmente poco appropriato a rappresentare in seno a un CdA scelte strategiche di sanità pubblica e di valutazione di

²²² Camera dei Deputati (2012) Commissione III affari esteri e comunitari, Comitato permanente sugli obiettivi di sviluppo del millennio. Indagine conoscitiva. Seduta di martedì 3 luglio 2012.

²²³ <http://www.gavi.org/funding/donor-profiles/italy/> (accesso del 27.2.2016)

²²⁴ MAECI (2015). La nuova cooperazione ... *Op.cit.*

²²⁵ UN (2015). Transforming our world... *Op.cit.*

²²⁶ MAECI/DGCS (2016). Anticipazioni ... *Op.cit.*

²²⁷ Legge 11 agosto 2014 n.125 ... *Op. cit.*

²²⁸ MAECI/DGCS (2015) Relazione annuale sull'attuazione della politica di cooperazione allo sviluppo nel 2014 (art. 12, comma 4, legge 11 agosto 2014, n. 125). Roma: Ministero degli affari esteri e della cooperazione internazionale; Direzione Generale della Cooperazione allo Sviluppo.

strumenti finanziari. Quanto al personale, su 177 unità inserite in modo permanente negli organici del GAVI 4 sono italiani.²²⁹

3.5.2. Partecipazione finanziaria: evoluzione di stanziamenti, impegni e erogazioni, e proiezioni

L'Italia contribuisce a GAVI dal 2006, quando è stata tra i fondatori di IFFIm.

È il terzo maggior contribuente con un impegno ventennale per 473,5 milioni di euro (614 milioni di dollari). Nel 2011, alla *Pledging conference* tenutasi a Londra, l'Italia ha annunciato contributi aggiuntivi all'IFFIm per 25,5 milioni di euro, su di un periodo di 15 anni. Al 30 settembre 2015 GAVI registrava contributi italiani all'IFFIm per 63,2 milioni di dollari, pari al 10,5% dei contributi ricevuti da tutti i donatori.

L'Italia ha anche un ruolo guida per l'AMC di cui è il maggior donatore, con un impegno di 635 milioni di dollari (2008-2019). Al 30 settembre 2015 GAVI registrava contributi italiani all'AMC per 348,5 milioni di dollari, pari 37,8% dei contributi ricevuti da tutti i donatori.

Infine, in occasione della *Replenishment conference* tenutasi a Berlino nel 2015, l'Italia ha promesso un contributo di 100 milioni di euro in finanziamenti diretti per il periodo 2016-2020.²³⁰ La Gates Foundation, importante donatore del GAVI, ha annunciato un *matching fund* di 50 milioni di dollari sul nuovo impegno dell'Italia.²³¹

Questo nuovo contributo rappresentava probabilmente anche la risposta del Governo, all'impegno cui era stato richiamato pochi mesi prima in sede parlamentare «a rinnovare la partecipazione dell'Italia alla GAVI Alliance e ad operare un rafforzamento della contribuzione finanziaria, a conferma del ruolo di guida del nostro Paese nei programmi d'immunizzazione», ma anche «a mantenere e promuovere, accanto al rinnovato impegno finanziario, un ruolo politico attivo dell'Italia nella definizione delle priorità e per il monitoraggio dell'efficacia dell'azione della GAVI Alliance.²³² Per il MAECI il nuovo contributo è finalizzato tra l'altro, a: i) rafforzare un efficace strumento di cooperazione; ii) tener fede all'impegno preso in ambito G7 sul tema della salute globale; iii) dare un contributo all'emergenza Ebola.²³³

²²⁹ MAECI/DGCS (2015) Relazione annuale sull'attuazione della politica di cooperazione allo sviluppo nel 2014 (art. 12, comma 4, legge 11 agosto 2014, n. 125). Roma: Ministero degli affari esteri e della cooperazione internazionale; Direzione Generale della Cooperazione allo Sviluppo.

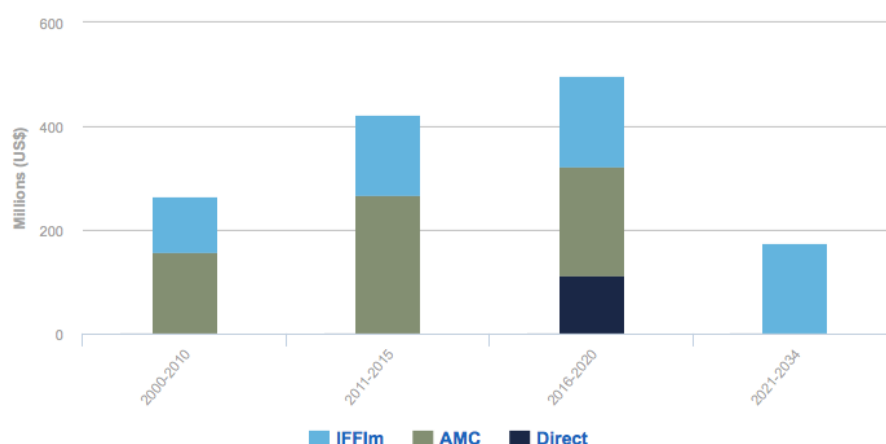
²³⁰ <http://www.gavi.org/funding/donor-profiles/italy/> (accesso del 27.2.2016)

²³¹ MAECI/DGCS (2015) Relazione annuale... Op.cit.

²³² Camera dei deputati (2014). Risoluzione in commissione 7-00518, presentato da Quartapelle Procopio Lia, Martedì 11 novembre 2014, seduta n. 329.

²³³ MAECI/DGCS (2015) Relazione annuale... Op.cit.

Fig. 6 - Contributi e impegni dell'Italia a favore della GAVI(milioni di dollari US) (Fonte: Gavi 2015)



Nelle sezioni successive si esaminano in maggiore dettaglio la natura e l'entità di questi impegni.

3.5.3. La partecipazione italiana agli strumenti internazionali di finanza innovativa gestiti dalla GAVI

Alla ricerca di fonti e modalità alternative di finanziamento dell'Aiuto pubblico allo sviluppo (APS) l'Italia contribuisce dal 2006 insieme ad altri paesi a nuove modalità di finanziamento basate sul mercato. In particolare l'Italia partecipa all'IFFIm lanciato nel 2004 su proposta del Regno Unito e con immediato sostegno dell'Italia e all'AMC inizialmente proposto dall'Italia ai Ministri finanziari del G8 (*Tremonti Report*)²³⁴, elaborato con la collaborazione tecnica della Banca mondiale, e avviato nel giugno 2009 con la firma dei documenti legali a margine della riunione dei Ministri finanziari del G7 a Lecce.^{235,236}

McCoy e Brickci hanno osservato che “certamente per l'Italia” la promozione di questi strumenti in un momento in cui l'APS si riduceva rappresentava una potenziale “cortina fumogena” per nascondere gli impegni dei donatori e un modo di distrarre l'attenzione dalla necessità di nuovi accordi globali per un trasferimento sistematico di risorse verso i paesi a reddito più basso.²³⁷

Il preoccupante quadro macroeconomico e finanziario dell'Italia, nel più ampio contesto della perdurante crisi finanziaria che ha colpito l'area euro, offre ancora prospettive economiche incerte, nonostante il valore delle riforme in atto.^{238,239} Questa situazione che si riflette nel *downgrade* dei titoli di Stato a breve e a medio- lungo termine e nelle prospettive negative evocate dalle maggiori agenzie di rating, induce dubbi circa la sostenibilità della

²³⁴ Ministero dell'Economia e delle Finanze (2005). Advanced Market Commitments for vaccines. A new tool in the fight against disease and poverty. Report to the G8 Finance Ministers Giulio Tremonti Minister of the Economy and Finance, Italy. London, December 2, 2005

²³⁵ http://www.dt.tesoro.it/it/attivita_istituzionali/rapporti_finanziari_internazionali/gavi.html (accesso del 10.3.2016)

²³⁶ Ministero dell'Economia e delle Finanze Dipartimento del Tesoro (2009). Relazione sull'attività di Banche e Fondi di sviluppo a carattere multilaterale e sulla partecipazione finanziaria italiana alle risorse di detti organismi per l'anno 2008 (art. 4, comma 2, legge 26 febbraio 1987, n. 49)

²³⁷ McCoy, D. & Brickci, N. Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems: what next? *Bulletin of the World Health Organization*, 2010; 88(6), pp.478-480

²³⁸ OCSE (2013). Studi economici dell'OCSE, ITALIA, Overview. Maggio. <http://www.oecd.org/eco/surveys/italyoverview7may.pdf> (accesso del 9/3/2016)

²³⁹ OCSE (2015). Studi economici dell'OCSE, ITALIA, Overview. Febbraio. http://www.oecd.org/eco/surveys/overview%20Italy_2015_ITA.pdf (accesso del 9/3/2016)

partecipazione italiana, nonché sull’impatto di questa in termini di rischio e di viabilità sul mercato degli stessi IFFIm bonds.²⁴⁰

L’iniziativa italiana nei confronti della GAVI è stata gestita principalmente dal Ministero dell’economia e della finanze (MEF) e il dossier è coordinata dalla Direzione III “Rapporti finanziari internazionali” del Dipartimento del Tesoro.²⁴¹

3.5.3.1. International Finance Facility for Immunization (IFFIm)

La partecipazione dell’Italia all’*International Finance Facility for Immunization* (IFFIm), fu autorizzata con la legge 266/2005 (legge finanziaria per il 2006), prevedendo un contributo globale di 504 milioni di euro, da erogare con versamenti annuali, fino al 2025, con un onere pari ad 3 milioni di euro per l’anno 2006, e 6 milioni di euro per l’anno 2007, quindi 27,5 milioni di euro a decorrere dall’anno 2008 (comma 99). L’anno successivo veniva all’uopo istituito un capitolo di spesa (n.1649) intitolato «Oneri derivanti dalla partecipazione dell’Italia all’*International Finance Facility for Immunization* (IFFIm)». A partire dall’esercizio 2008 il capitolo 1649 è stato fatto rientrare nella missione «L’Italia in Europa e nel mondo (4)», e più in particolare nel paragrafo «Politica economica e finanziaria in ambito internazionale (4.11)». ^{242,243} L’istituzione di uno specifico capitolo di spesa corrente nel bilancio (a seguito del *Grant Agreement*) ne assicura piena e irrevocabile copertura. Trattandosi d’impegno pluriennale di natura vincolante ed internazionale - disposto con precedente legge finanziaria – non deve stupire la mancanza di qualsiasi riferimento a tale impegno nella legge di stabilità per il 2016.

3.5.3.2. Advance Market Commitment (AMC)

Per quanto concerne l’AMC, la spesa ha scadenza nel 2019, come da calendarizzazione del contributo secondo l’Accordo firmato nel 2009 (*Grant Agreement relating to the Advance Market Commitment for Pneumococcal Vaccines Initiative*)²⁴⁴ L’Accordo prevede un contributo complessivo di 635 milioni di dollari da erogarsi in 12 anni (2008-2019). In questo caso la copertura della spesa è stata assicurata mediante la Legge 244/07 (art. 2 comma 373) che prevede uno stanziamento fino al 2049. Risalire alla rappresentazione contabile degli impegni per gli AMCs risulta però difficoltoso, Infatti il menzionato stanziamento è comprensivo sia dei meccanismi innovativi (tra i quali s’iscrivono gli AMC, che però non sono menzionati) che della cancellazione del debito dei paesi poveri.²⁴⁵ Gli impegni presi per l’AMC sono stati iscritti insieme ad altri in nel capitolo n.7182, esistente, di spesa di parte corrente, denominato «Oneri derivanti dalla partecipazione dell’Italia a istituzioni finanziarie internazionali per la cancellazione del debito dei paesi poveri», che curiosamente rientra nella

²⁴⁰ Cali M.L., Missoni E. (2015). *Op. cit.*

²⁴¹ http://www.dt.mef.gov.it/it/attivita_istituzionali/rapporti_finanziari_internazionali/gavi.html (accesso del 11.3.2016)

²⁴² Classificazione funzionale delle spese per Missioni e Programmi: è stata introdotta dal 2008, con la circolare n. 21 del 2007 della RGS. Con la Legge n. 196 del 31 dicembre 2009, la “Legge di contabilità e finanza pubblica”, è stata elaborata una profonda riforma di contabilità volta ad adeguare le norme e le regole sulla gestione della finanza pubblica e del bilancio alle esigenze derivate dall’adesione all’Unione monetaria, potenziando gli strumenti qualitativi e quantitativi di controllo della spesa pubblica, per conseguire un certo livello di trasparenza, sia in fase di previsione che di rendicontazione (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato, Legge n. 266 del 23 dicembre 2005).

²⁴³ *Ibidem*

²⁴⁴ Accordo firmato il 16 giugno 2009 tra Ministero dell’Economia e delle Finanze, *l’International Bank for Reconstruction and Development* (IBRD) e *GAVI Alliance*

²⁴⁵ La Legge 24 dicembre 2007, n. 244 art2 comma 373, così recita: “È autorizzata la complessiva spesa di euro 2.074 milioni, di cui 40 milioni per l’anno 2008, 50 milioni per ciascuno degli anni dal 2009 al 2048 e 34 milioni per l’anno 2049, finalizzata al sostegno dell’Italia al raggiungimento degli obiettivi di Sviluppo del millennio, attraverso la partecipazione ai nuovi Meccanismi innovativi di finanziamento dello sviluppo, e alla cancellazione del debito dei paesi poveri nei confronti delle istituzioni finanziarie internazionali”.

missione «Competitività e sviluppo delle imprese» (11), e precisamente nel paragrafo «Incentivi alle imprese per interventi di sostegno» (11.8).

Il meccanismo degli AMC non ha evidentemente nulla a che vedere con la cancellazione del debito, sollevando dubbi sul piano della trasparenza e del rendiconto pubblico. Il fatto poi che l'ammontare finalizzato agli AMC rappresentasse per il 2008 il 95% del totale del capitolo di spesa 7183 - destinato appunto alla cancellazione del debito - e il 76% dal 2009 al 2019, rende la scelta ancora più discutibile. Inoltre, benché il proposito degli AMC, sia quello di incentivare le imprese farmaceutiche a sviluppare un prodotto specifico di pubblica utilità, è molto poco probabile che le imprese che ne trarranno vantaggio siano quelle italiane e tanto meno quelle dei paesi poveri, ed è difficile immaginare che il Legislatore ritenesse di voler stanziare fondi per incentivare imprese biomediche transnazionali a capitale estero. Sarebbe certamente stata più opportuna e trasparente l'istituzione di un capitolo di spesa *ad hoc* per lo strumento innovativo di finanziamento in esame, come si scelse di fare per l'IFFIm.²⁴⁶

Come già osservato per l'IFFIm, anche in questo caso trattandosi d'impegno pluriennale disposto con precedente legge finanziaria non è possibile trovare alcun riferimento agli impegni relativi all'AMC nella legge di stabilità per il 2016.

3.5.4. Le responsabilità nella gestione delle relazioni con l'Alleanza GAVI e del suo finanziamento: cosa cambia con l'introduzione della L.125/14

La GAVI, è una Fondazione privata di diritto svizzero, formalmente non costituita in base ad un trattato internazionale (vedi cap. 3.2). La GAVI stabilisce accordi con singoli Stati, ma gli accordi tra entità private costituite in base alla Legge dello Stato in cui hanno sede legale non costituiscono trattato internazionale e sono governati da leggi nazionali, non dalla Legge internazionale.²⁴⁷ *Sensu strictu* si tratta dunque di organizzazione svizzera *multistakeholder*, alla cui direzione partecipano soggetti diversi tra cui anche governi stranieri, ma non di organizzazione internazionale. In tal senso non può essere assimilata a un'Istituzione intergovernativa, di norma costituita in base ad accordo internazionale soggetto a ratifica, né ad una Organizzazione non governativa (ONG) internazionale, di norma identificata in una struttura federata di più ONG nazionali.²⁴⁸ D'altra parte IFFIm, come già descritto, è una società privata britannica, ma i servizi di tesoreria sono assicurati dalla Banca Mondiale.

La legge n.125/2014 mantiene la responsabilità del Ministero degli affari esteri e della cooperazione internazionale per le relazioni con gli organismi multilaterali, mentre all'erogazione di contributi a quegli stessi organismi provvede l'Agenzia Italiana di Cooperazione allo Sviluppo (AICS) (art.5, comma 4) Le relazioni con le banche e i fondi di sviluppo a carattere multilaterale sono curate invece dal Ministro dell'economia e delle finanze (MEF), d'intesa con il Ministro degli affari esteri e della cooperazione internazionale. E' il MEF ad assicurare la partecipazione finanziaria alle risorse di quegli organismi (art. 5, comma 5). La legge n.125/2014 prevede inoltre la possibilità che la Cassa depositi e prestiti s.p.a (CDP) conceda «crediti agevolati ad investitori pubblici o privati o ad organizzazioni internazionali, affinché finanzino imprese miste da realizzarsi in Paesi partner o erogino altre forme di agevolazione identificate dal CICS che promuovano lo sviluppo dei Paesi partner» (art. 27, comma 3, lettera b).

Fino ad oggi l'Italia non ha erogato finanziamenti diretti a GAVI, partecipando piuttosto attraverso IFFIm e AMC. In entrambi i casi il contributo è stato canalizzato senza inconvenienti attraverso la Banca Mondiale che per entrambe le iniziative realizza il servizio di tesoreria, senza discostarsi in tal senso da quanto indicato dalla legge.

²⁴⁶ *Ibidem*

²⁴⁷ Clarke, L. (2014). *Op.cit.*

²⁴⁸ Missoni E., Alesani D. (2014). *Op.cit.*

Come anticipato, l'Italia ha però annunciato un finanziamento diretto a GAVI di 100 milioni di euro per il periodo 2016-2020,²⁴⁹ che pertanto rappresenterà una novità rispetto al passato. Non trattandosi di «partecipazione finanziaria alle risorse» di Banche o Fondi di sviluppo organismi (L. n.125/2014, art. 5, comma 5), probabilmente spetterebbe all'AICS erogare. Sorge però in questo caso spontanea la domanda circa la modalità e la legittimità del finanziamento diretto nel caso fosse erogato ad una Fondazione privata svizzera, che non può essere assimilata a organizzazione intergovernativa. Potrebbe essere invece presa in considerazione la possibilità di affidare il finanziamento della GAVI alla CDP - per la quale è prevista la possibilità di «destinare ... risorse proprie ad iniziative rispondenti alle finalità della Legge, «anche in regime di cofinanziamento con soggetti privati, pubblici o internazionali» (L. 125/2014, art. 22, comma 4). Ad ogni buon conto, ad oggi, l'Italia non avrebbe ancora concluso un nuovo *grant agreement* relativo al nuovo impegno assunto.²⁵⁰

La Legge 125/2014 prevede però la strutturazione di prodotti di finanza per lo sviluppo nell'ambito di accordi con organizzazioni finanziarie europee o internazionali (art. 22), da affidare alla CDP nella sua qualità di istituzione finanziaria per la cooperazione internazionale allo sviluppo (art.8), tra i quali certamente rientrano l'IFFIm e l'AMC.²⁵¹ Per avvalersi della CDP e delle società da essa partecipate, per strutturare prodotti di finanza innovativa, il Ministero degli affari esteri e della cooperazione internazionale e l'Agenzia possono stipulare apposita convenzione con la CDP. Ad oggi non è stata stipulata alcuna convenzione e l'unico ruolo assunto dalla CDP a partire dal 1 gennaio 2016 (data di piena operatività della legge) è la gestione finanziaria, amministrativa e contabile del Fondo Rotativo per la cooperazione allo sviluppo (in sostituzione di Artigiancassa S.p.A., gestore del servizio fino al 31 dicembre 2015).²⁵² Non è possibile quindi prevedere con quali modalità la CDP possa procedere in tal senso, ma è possibile ritenere con ragionevole certezza che esse non riguarderanno meccanismi già strutturati, come IFFIm e AMC, per i quali come si è detto sono già stati configurati gli strumenti normativi e impegnate le risorse finanziarie, da canalizzare attraverso la Banca Mondiale. Piuttosto, è ragionevole ritenere che sarà ancora il MEF a provvedere direttamente al trasferimento dei fondi come avviene per la partecipazione finanziaria a Banche e Fondi di sviluppo (L. 125/2014, art. 5, comma 5).

Infine, la nuova legge pone una certa enfasi anche sui partenariati con il settore privato che il Governo e/o l'Agenzia potrebbero cercare di coinvolgere per concorrere alle iniziative e agli strumenti finanziari che abbiamo descritto.

3.5.5. Strumenti di monitoraggio della partecipazione italiana al GAVI

Essendo stato approvato con leggi finanziarie e impegni pluriennali, i contributi finanziari italiani alla GAVI canalizzati attraverso la Banca Mondiale non sono riportati nella Legge di stabilità e non sono quindi rimessi in discussione in sede parlamentare; sono piuttosto da individuare nell'annuale Rendiconto generale dello stato. Il contributo è invece individuabile attraverso la piattaforma (ancora in gestione a MAECI/DGCS) sotto la categoria "aiuti multilaterali". Il contributo all' AMC è registrato sotto "World Bank Group", mentre quello all'IFFIm sotto "*Other agencies*". Informazioni più dettagliate dovrebbero essere fornite annualmente nella Relazione del MAECI/DGCS al Parlamento. Nella più recente (relativa al 2014) si trova un'ampia descrizione della partecipazione a GAVI. Nella Relazione relativa alle attività dell'anno 2013, non se ne fa menzione; mentre in quella relativa al 2012 sono appena menzionati AMC e IFFIm senza alcuna spiegazione né riferimento al partenariato in

²⁴⁹ <http://www.gavi.org/funding/donor-profiles/italy/> (accesso del 27.2.2016)

²⁵⁰ Comunicazioni personali originate da fonti interne al MEF.

²⁵¹ Missoni, E. (2015). Indirizzo politico, governo, controllo e attuazione nella riorganizzazione della Cooperazione italiana. ActionAid Italia, Roma.

²⁵² <http://www.CDP.it/it/target/attivita-internazionali/fondo-rotativo-per-la-cooperazione-allo-sviluppo.html> (accesso del 9/3/2016)

cui si inseriscono.²⁵³ Sarebbe evidentemente auspicabile una maggiore continuità e sistematicità dell'informazione fornita al Parlamento e in generale al pubblico circa la partecipazione a GAVI e più in generale alle iniziative globali. Allo stesso modo data l'importanza dei finanziamenti sarebbe raccomandabile che sul tema si aprisse anche un confronto nelle nuove sedi individuate dalla Legge n.125/2014, come sono il Consiglio nazionale sulla cooperazione allo sviluppo (CNCS) e la Conferenza pubblica nazionale, da indire ogni tre anni.²⁵⁴

4. Forze, debolezze, opportunità e rischi. Per un ruolo propositivo dell'Italia

Come è stato messo in evidenza il modello e l'esperienza della GAVI non sono esenti da criticità. In particolare queste sono legate alle conseguenze in termini di *governance* globale della salute, con l'indebolimento del ruolo dell'OMS e l'accresciuta influenza di attori privati, con interessi e valori diversi. La frammentazione dell'aiuto, la complessità dei meccanismi di finanziamento e di attuazione, e la definizione globale piuttosto che nazionale dei bisogni e delle strategie per farvi fronte, riducono inoltre l'efficacia complessiva dell'azione internazionale per lo sviluppo, ne aumentano considerevolmente i costi di gestione e transazione, e in diversi casi ne mettono a repentaglio la sostenibilità. L'approccio selettivo al controllo di singole malattie, affidato esclusivamente all'intervento bio-tecnologico, benché offra il vantaggio di una certa misurabilità del risultato specifico, non interviene sui determinanti sociali, economici e ambientali della salute. Proprio i riconosciuti limiti dell'azione centrata sul prodotto e la verticalità dell'iniziativa hanno indotto anche la GAVI a introdurre il rafforzamento dei sistemi sanitari nelle proprie strategie (seppure in maniera strumentale al supporto ai soli servizi di vaccinazione), un elemento sui cui dovrebbe far leva il contributo italiano, anche per ampliarne la rilevanza e assicurare l'integralità di quell'approccio. La tabella 4 sintetizza le considerazioni che appresso delineano.

²⁵³ MAECI/DGCS (anni vari). Relazioni al Parlamento
http://www.cooperazioneallosviluppo.esteri.it/pdgs/index.php?option=com_content&view=article&id=10336&Itemid=501 (accesso del 11.3.2015)

²⁵⁴ Legge 11 agosto 2014 n.125 ... *Op. cit.*, art.16

Tab. 4 - Analisi SWOT della partecipazione italiana alla GAVI

Forze	Debolezze
<ul style="list-style-type: none"> Finanziatore importante via IFFIm e AMC, e nuovo impegno assunto per finanziamento diretto Principi guida per la cooperazione in sanità chiari, consolidati e coerenti con la propria storia e le proprie eccellenze di visione di sistema, approcci integrati e intersettoriali, nonché con le finalità della Legge Nuova enfasi della L.125/2014 sui partenariati territoriali Sistema sanitario nazionale universalista e "orizzontale" e competenze di sistema Chiara identificazione del ruolo d'indirizzo e di coordinamento della OMS 	<ul style="list-style-type: none"> Impegno pluriennale vincolante che non permette ripensamenti Incoerenza tra la proposta politico-programmatica e i Principi guida in sanità Partecipazione a modelli selettivi in contrasto con i propri Principi guida Sostegno a modelli che promuovono frammentazione della governance e contrastano con i principi di efficacia dell'Aiuto Partecipazione a meccanismi che non contribuiscono alla crescita delle capacità produttive biomediche nei PVS Contributo a indebolimento del ruolo dell'OMS Discontinuità dell'informazione fornita al Parlamento
Opportunità	Rischi
<ul style="list-style-type: none"> Solidità del contributo che permette di "alzare la voce" per correggere alcuni indirizzi di GAVI Sostegno alla scelta multilaterale e alla OMS Sostegno bilaterale a sostegno dell'integrazione delle iniziative selettive nei piani e nei coordinamenti sanitari nazionali 	<ul style="list-style-type: none"> Se l'Italia diviene propositiva: Incomprensione dei partner nei confronti di un riposizionamento Finanziamento di soggetto di diritto svizzero

Uno dei principali elementi di forza della partecipazione italiana alla GAVI è il fatto che il Paese è uno tra i maggiori finanziatori dell'Alleanza, in particolare attraverso meccanismi quali IFFIm e AMC cui si è aggiunto recentemente un nuovo impegno per il finanziamento diretto. Il fatto che si tratti di impegni pluriennali e vincolanti, se da un lato rappresenta un vantaggio per la prevedibilità delle risorse messe a disposizione, dall'altro è un elemento di debolezza perché non permette ripensamenti, quale che sia la valutazione dell'efficacia della GAVI e dell'opportunità della partecipazione italiana.

Come descritto l'Italia si è dotata di Principi guida per la cooperazione in sanità, chiari, consolidati e coerenti con la propria storia e le proprie eccellenze. Anche le versioni più recenti dei Principi hanno ribadito l'indicazione ad un approccio di sistema, che peraltro ha sempre caratterizzato l'esperienza della Cooperazione italiana allo sviluppo, è perfettamente in linea con le finalità della Legge n.125/2014, e si ritrova nell'impostazione universalista e "orizzontale" del sistema di salute nazionale, che l'Italia potrebbe e dovrebbe valorizzare al massimo e in modo strategico nell'ambito della sua Cooperazione internazionale allo sviluppo. Uno degli elementi fondanti dell'approccio integrato alla salute è il suo riferimento al territorio e ai "sistemi locali". In questo senso l'enfasi posta dalla legge n.125/2014 sui partenariati territoriali potrebbe costituire la base per una reinterpretazione del supporto italiano ad un'iniziativa globale, privilegiando il sostegno a livello dei Paesi beneficiari attraverso interventi bilaterali che facilitino la "messa a sistema" dei servizi d'immunizzazione e l'utilizzazione delle risorse globali per il sistema sanitario nel suo complesso. A livello globale, invece, l'accento sempre posto dall'Italia sul ruolo d'indirizzo e di coordinamento dell'OMS costituisce un vantaggioso punto di partenza per un accresciuto ruolo dell'Italia per il rilancio di quell'Istituzione specializzata delle Nazioni Unite.²⁵⁵

Le forti discrepanze tra l'accento posto sulle iniziative globali nelle linee programmatiche elaborate in sede politica e i citati Principi guida costituiscono invece un elemento di innegabile debolezza. Sulla base di quelle scelte, l'Italia essendosi impegnata a lungo termine

²⁵⁵ MAECI. (2015). La nuova cooperazione italiana. *Op.cit.*

attraverso IFFIm e AMC e, recentemente, anche per il prossimo triennio mediante finanziamento diretto non può dunque permettersi ripensamenti.

Per come è stata impostata la GAVI, e in particolare l'AMC, non contribuisce alla crescita della capacità produttive biomediche dei Paesi in via di sviluppo, incentivando piuttosto le grandi transazionali farmaceutiche, anche grazie al contributo italiano.

Con l'opportunità offerta dall'essere tra i maggiori contribuenti della GAVI, per coerenza con la propria storia e con gli obiettivi indicati dalla Legge n.125/2014, l'Italia dovrebbe quantomeno esercitare una funzione di promozione per la massima integrazione delle attività della GAVI con le priorità e i Piani sanitari nazionali dei Paesi beneficiari e l'allineamento con le loro procedure, riscattando un approccio *bottom-up* che non solo le è sempre stato più congeniale e dove ha molta più esperienza da vendere a partire dal proprio SSN e le forme della cooperazione decentrata,²⁵⁶ ma è anche più coerente con i principi di efficacia degli Aiuti sanciti in sede internazionale. Non è escluso il rischio che un riposizionamento critico, ma propositivo dell'Italia destare sorpresa.

²⁵⁶ Missoni, E., Tediosi, F., Pacileo, G., & Gautier, L. (2014). *Op.cit.*