

La governance del sistema globale di salute. La mappa degli attori *The governance of the global health system. Mapping the Actors*

Eduardo Missoni

*Centro di ricerca sulla gestione dell'assistenza sanitaria e sociale (CERGAS), Università Bocconi,
e Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale, Università Milano-Bicocca, Milano*

Parole chiave: salute globale, governance, Organizzazione Mondiale della Sanità, Nazioni Unite, attori globali in sanità

RIASSUNTO

L'articolo traccia una mappa del complesso sistema d'indirizzo e governance della sanità e per la salute globale.

Benché l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) abbia il mandato per coordinare e dirigere l'attività in sanità internazionale, il sistema globale è oggi affollato di numerosi altri attori che influenzano le politiche globali in sanità e, più in generale con effetti sulla salute, in un complesso equilibrio di poteri. L'articolo individua e sinteticamente descrive gli attori principali e il loro peso nell'influenzare l'agenda globale.

Key words: global health, governance, World Health Organization, United Nations, global health actors

SUMMARY

The article draws a map of the complex steering and governance system of, and for global health. Although the World Health Organization (WHO) has the mandate to coordinate and direct international health activities, the global system is today crowded with many more actors that influence global health policies, and policies that have an impact on health, in a complex balance of powers. The article identifies and synthetically describes principal actors and their weight in influencing the global agenda.

Introduzione

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) fu costituita nel 1948 come l' "autorità di direzione e coordinamento del lavoro internazionale in sanità" con l'obiettivo di "condurre tutti i popoli al più alto livello di salute possibile". Trent'anni dopo, la Conferenza di Alma Ata identificava le cure primarie per la salute (*Primary Health Care - PHC*) come lo strumento principale per il raggiungimento dell'obiettivo della "Salute per tutti entro l'anno 2000" sancito dall'Assemblea Mondiale della Sanità l'anno precedente. Quell'innovativa e rivoluzionaria visione fu ben presto ridotta ad un approccio riduttivo, centralista e verticale denominato *Selective Primary Health Care* basato sull'applicazione selettiva di misure di controllo di singole malattie. Facendo seguito alla crisi del debito dell'inizio degli anni '80, quell'approccio fu ben presto associato alla progressiva privatizzazione dei sistemi sanitari imposta dalla Banca Mondiale ai paesi indebitati nell'ambito delle misure di "aggiustamento strutturale" che avrebbero dovuto aiutare quei paesi a uscire dalla crisi. Forte anche del suo ruolo macroeconomico la Banca Mondiale assunse un crescente ruolo guida nello scenario sanitario internazionale, relegando l'OMS ad un ruolo di secondo piano fin verso la fine degli anni '90. L'elezione di Gro Harlem Brundtland alla direzione dell'OMS nel 1998, segnò l'inizio di un'accresciuta attenzione ai temi della salute e, soprattutto in seguito alla Dichiarazione del Millennio (2000) e l'indicazione dei cosiddetti Obiettivi di Sviluppo del Millennio (OSM), di una crescita straordinaria dei finanziamenti globali per lo sviluppo in sanità. Quella rinascita, fu accompagnata anche dall'emergenza di nuovi attori globali pubblici e privati, e dall'affer-

marsi di nuovi modelli organizzativi di alleanza pubblico-privato, che hanno reso il quadro più complesso e frammentato (1).

Senza avere l'ambizione di approfondire nel dettaglio il ruolo di ciascuno degli attori che via, via si sono aggiunti all'OMS nell'influenzare a livello globale le scelte politiche in sanità e più in generale di rilevanza per la salute, dopo un breve inquadramento teorico generale si tenterà di tracciarne una mappa aggiornata, con particolare riferimento agli organismi intergovernativi, alle organizzazioni transnazionali di natura ibrida pubblico-privato, senza peraltro trascurare il ruolo del settore privato. Per quello, però – dato l'indirizzo dell'articolo – si accennerà solo brevemente alla "turbo-filantropia" globale, ed in particolare della Fondazione Bill and Melinda Gates, al ruolo delle società transnazionali e a quello delle Organizzazioni Non Governative e dei movimenti transnazionali della società civile.

La trasformazione delle dinamiche d'indirizzo in tema di salute pubblica

L'attività d'indirizzo e regolamentazione mondiale della sanità, si è sostanzialmente modificata a partire dalla fine degli anni '90. Infatti, con l'accelerazione del processo di globalizzazione è anche cresciuto il numero e il grado d'influenza, formale o informale, di attori non statali, in modo particolare nel settore dell'assistenza allo sviluppo in sanità. Si è andata così imponendo anche in ambito sanitario l'idea che i tradizionali meccanismi di direzione e governo "inter-nazionali" – ovvero basati sulle relazioni tra Stati sovrani – non fossero più sufficienti e che i processi di formulazione e di governo delle politiche e delle iniziative globali dovessero estendersi al di là del tradizionale ruolo degli Stati e

delle organizzazioni multilaterali cui essi partecipano, per coinvolgere una ben più vasta gamma di “portatori di interessi” (*Stakeholder*, in inglese) pubblici e privati in un approccio *multi-stakeholder* (2).

Dalla Governance globale della sanità alla governance globale per la salute

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

Negli ultimi anni è cresciuto drammaticamente il numero di organizzazioni intergovernative attive nel campo della salute. Persino l'elaborazione della normativa e delle politiche internazionali inerenti la sanità pubblica sono oggi frutto del contributo di un numero crescente di organizzazioni intergovernative. In particolare, in seno al sistema delle Nazioni Unite alla OMS si sono affiancati diversi fondi e programmi (per esempio UNICEF, UNFPA, PMA), altre entità come UNAIDS e altre agenzie specializzate (per esempio ILO, FAO, Banca Mondiale).

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

Nella *governance* globale della salute si sta determinando da tempo uno spostamento del potere dalle organizzazioni intergovernative al settore privato, laddove proprio la maggiore interdipendenza richiederebbe piuttosto alle prime di giocare un ruolo più importante (3).

Una descrizione puntuale delle forme e dei molteplici meccanismi (politici ed economici) con cui gli Stati nazionali intervengono nell'indirizzare le politiche globali in sanità esula dall'obiettivo di questo articolo. È evidente tuttavia che alcuni paesi, in particolare gli Stati Uniti e gli altri che partecipano nel G7/G8, giocano ancora un ruolo predominante nel determinare l'indirizzo delle politiche globali (e non solo in campo sanitario), mentre si accresce l'influenza di paesi emergenti quali i cosiddetti BRICS (Brasile, Russia, India, Cina e Sud Africa) e più in generale quella dei paesi del gruppo dei G20. In effetti, è ancora il peso geo-politico a condizionare maggiormente le dinamiche e i limiti di quella che può essere definita *governance* internazionale, piuttosto che globale, in uno scenario dove i poteri formali e informali di “veto” degli stati dominanti costituiscono ancora il limite effettivo a un'azione globale concertata. Ma è anche vero che, a sua volta, il parere o il voto espresso dai singoli governi è sempre influenzato, in maggiore o minor misura da interessi privati e “poteri forti” nazionali e transnazionali.

Da qualche tempo, riconoscendo l'importanza di determinanti della salute (sociali, economici, politici e ambientali) influenzati da scelte e politiche decise in ambiti diversi da quelli abitualmente sotto la giurisdizione delle autorità sanitarie, si è andato affermando il concetto di *governance per la salute*. Il nuovo approccio richiama la necessità di promuovere e difendere l'obiettivo e la priorità della salute pubblica in ogni sede di negoziazione ed elaborazione di politiche pubbliche (ad esempio agricole, industriali, commerciali, ambientali, educative, etc.) gettando lo sguardo oltre il più ristretto ambito settoriale della *governance* della sanità (4). Per-

tanto, nella mappatura si farà riferimento anche ad alcune di quelle sedi internazionali.

La mappa degli attori

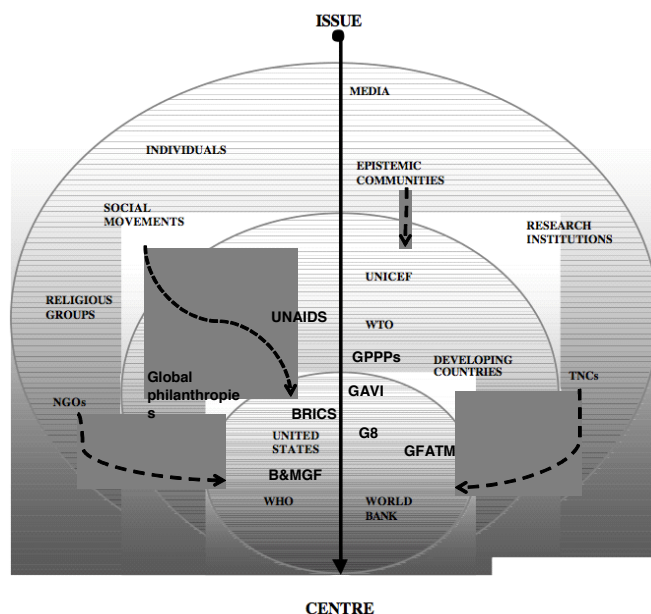
Nel 2002 Dodgson, Lee e Drager disegnarono una prima mappa della governance globale in sanità, tentando d'individuare gli attori e la centralità in termini di autorità e ruolo guida. In questo senso, pur riconoscendo l'emergere di nuovi attori, segnatamente la Fondazione Bill e Melinda Gates, quegli autori collocavano l'OMS e la Banca Mondiale al centro della mappa in quanto, scrivevano, "rappresentano rispettivamente le principali fonti di competenza e finanziamento per lo sviluppo in sanità". Insieme a quelle due istituzioni, riservavano un uguale livello d'influenza agli Stati Uniti d'America (5).

Dopo poco più di un decennio lo scenario è ben diverso. L'emergere di nuovi attori con

notevole potere politico ed economico è stato accompagnato da un'irrisolta debolezza strutturale dell'OMS e la mancanza di direzione e visione alla guida di quella organizzazione. Alla ridotta credibilità e sostenibilità della OMS hanno contribuito gli stessi Stati membri, ed in particolare i maggiori donatori che spesso con sostanziale incoerenza tra le loro politiche per la sanità internazionale e di cooperazione allo sviluppo, continuano a finanziare la pletora di nuovi attori che prendono il sopravvento nell'agenda sanitaria globale, minando alla base la credibilità e la sostenibilità della stessa OMS (6).

Rimettendo mano alla mappa di Dodgson e dei suoi coautori (5) oggi si dovrebbe disegnare un centro estremamente affollato di nuovi attori, cercando in aggiunta di individuare l'intrecciarsi di influenze esterne sugli attori tradizionali (Fig. 1).

Figura 1 - Governance Globale in Sanità (Dodgson et al., 2002; modificata)



Le Istituzioni Internazionali

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) costituita anche con il proposito di dare unitarietà al coordinamento della sanità internazionale, per mandato rimane di diritto l'autorità sanitaria al centro della mappa. Le risoluzioni dell'Assemblea Mondiale non sono vincolanti per gli Stati membri, anche se costituiscono pur sempre un punto di riferimento per l'azione internazionale, al punto che ogniqualvolta abbiano avvertito una risoluzione come avversa ai propri interessi, singoli paesi membri e altri centri di potere si sono attivati per impedirne la delibera. Di fatto, l'OMS non può sottrarsi agli equilibri di potere esistenti tra i suoi stati membri, nonché al peso crescente di attori esterni.

Con il bilancio regolare congelato fin dall'inizio degli anni '80 per svolgere le proprie funzioni la OMS ha dovuto soggiacere ad una crescente dipendenza da contributi volontari, fuori bilancio, e generalmente vincolati alle priorità dei donatori piuttosto che a quelle definite dall'Organizzazione; oggi i fondi fuori bilancio costituiscono il 76% delle disponibilità complessive dell'Organizzazione. Di questi circa il 18% sono costituiti dall'apporto di un solo donatore privato, la Fondazione Bill e Melinda Gates, che precede il Regno Unito e gli Stati Uniti d'America nei contributi volontari e che è il secondo contribuente assoluto dell'OMS, dopo gli USA (che come gli altri stati membri apportano anche contributi obbligatori) (7).

Pur trovandosi oggi di fronte a dinamiche per le quali probabilmente non era stata progettata, l'OMS è tuttavia dotata degli strumenti normativi e regolatori – scarsa-

mente usati fino a oggi – per affermare e difendere il diritto alla salute. Difficilmente quei poteri sarebbero conferiti a un'organizzazione che si costituisse oggi. L'esperienza ha insegnato che costruendo le giuste alleanze è possibile far fronte alle sfide più difficili anche ricorrendo a strumenti regolatori e vincolanti, come nel caso della Convenzione quadro per il controllo del tabacco (FCTC), dove alleandosi con vasti movimenti della società civile, l'OMS è stata in grado promuovere e raggiungere un accordo internazionale vincolante per gli Stati firmatari, nonostante la forte opposizione degli Stati Uniti e delle poderose lobby del tabacco. Purtroppo, salvo poche eccezioni, negli ultimi decenni l'OMS ha piuttosto subito le trasformazioni globali, cedendo leadership per soddisfare i poteri forti. Certa mancanza di trasparenza nella gestione, in particolare in situazioni complesse (come nel caso dell'epidemia dell'influenza suina), e la tendenza a cercare alleanze con il potere economico, piuttosto che rispondere all'esclusivo interesse pubblico, hanno condotto ad una grave crisi di credibilità. La rilevanza, se non la sopravvivenza dell'OMS richiedono oggi una coraggiosa ricollocazione strategica (8). Anche per questo da alcuni anni l'Organizzazione ha intrapreso un processo di riforma per molti versi ancora dall'esito incerto^(a).

Tra le Istituzioni internazionali la **Banca Mondiale** rimane, dopo l'OMS l'attore intergovernativo più importante nello scenario della salute globale. Nel 2007, con la revisione della sua strategia in salute, nutrizione e popolazione la Banca si riproponeva come l'attore principale per la mobilitazione di risorse per il rafforzamento dei

^(a) Si veda l'articolo di Fabbri e Di Girolamo in questo stesso numero di "Sistema Salute"

sistemi sanitari, definendo tra l'altro un piano di azione quinquennale teso ad accrescere le sinergie tra gli interventi verticali e quelli di rafforzamento dei sistemi (9). In questa prospettiva, nel 2009 insieme al Fondo Globale per la lotta all'HIV/AIDS, la tubercolosi e la malaria e all'Alleanza GAVI, la Banca ha costituito una "Piattaforma per il finanziamento dei sistemi sanitari". Dopo più di due decenni d'indebita influenza sulle politiche dei paesi beneficiari il discorso della Banca Mondiale sull'allineamento dei programmi di aiuti alle politiche nazionali e la titolarità dei governi nazionali nella definizione delle politiche viene considerato da molti autori piuttosto retorico. La mancanza di accordi formali per una loro reale collaborazione a livello paese, genererebbe dubbi circa il reale interesse della Banca a perseguire i principi sull'efficacia degli aiuti (10). L'elezione alla presidenza della Banca Mondiale nel 2012, di Jim Kim, esperto di salute globale, medico e antropologo, e non – come d'abitudine – un economista, potrebbe rappresentare un ulteriore segnale di cambiamento. Non va trascurato infine il fatto che, al di là dello specifico ruolo nel contesto delle politiche sanitarie a livello globale, a differenza dell'OMS, la Banca Mondiale è in grado di influenzare i processi decisionali a livello paese attraverso cospicui incentivi finanziari, e insieme alle Banche regionali di sviluppo e agli altri organismi finanziari internazionali gioca un ruolo nell'influencare le politiche macroeconomiche e con esse importanti determinanti della salute.

Diversi altri organismi appartenenti al sistema delle Nazioni Unite includono direttamente o indirettamente nel loro mandato temi inerenti alla sanità pubblica e spesso hanno programmi congiunti con l'OMS.

UNAIDS, per esempio, nacque per assicurare il coordinamento all'interno del sistema delle Nazioni Unite delle azioni per il controllo dell'HIV/AIDS e il suo ruolo è cresciuto con le dimensioni assunte dalla pandemia e la priorità attribuita dalla comunità internazionale al suo controllo. Nel 2000, persino il Consiglio di Sicurezza dedicò una sessione speciale all'HIV/AIDS, il cui controllo fu specificamente inserito nel sesto Obiettivo di Sviluppo del Millennio (insieme alla tubercolosi e alla malaria). Nel 2001 l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite in Sessione Speciale lanciò l'idea del Fondo Globale poi ripresa quello stesso anno dal G8 di Genova che lanciò l'operazione che avrebbe condotto l'anno seguente all'istituzione del Fondo Globale per la lotta all'HIV/AIDS, la tubercolosi e la malaria. L'UNFPA (*United Nations Fund for Population Activities*, Fondo delle Nazioni Unite per le Attività di Popolazione) si occupa di salute riproduttiva, nell'ambito di un più ampio mandato per le attività di popolazione. La salute dei minori rientra nell'ambito della promozione dei diritti del fanciullo al centro della missione dell'UNICEF.

Per alcuni istituti specializzati delle Nazioni Unite la connessione con la salute deriva da un mandato settorialmente diverso, ma anch'esso collegato a determinanti della salute, come le politiche alimentari e la nutrizione nel caso della FAO (*Food and Agriculture Organization*) e delle altre agenzie del polo alimentare, in particolare il Programma Alimentare Mondiale con un ruolo centrale in occasione di emergenze umanitarie. Anche il dibattito interno all'Organizzazione Internazionale del Lavoro (*International Labour Organization*, ILO) tocca da vicino la salute, sia direttamente attraverso

l'impegno di quell'organizzazione per le politiche di protezione sociale, sia indirettamente attraverso la difesa dei diritti umani sul lavoro.

E' evidente la rilevanza per la salute delle politiche economiche e commerciali. In questo contesto in seno all'Organizzazione Mondiale del Commercio (*World Trade Organization*, WTO), la cui missione è la promozione del libero mercato e cui è affidata la gestione dell'insieme degli accordi commerciali multilaterali, si giocano importanti partite per la salute. Accordi come il TRIPS (*Trade Related Intellectual Property Rights*) sui diritti di proprietà intellettuale o il GATS (*General Agreement on Trade in Services*) sugli scambi commerciali riguardanti i servizi, possono comportare significative conseguenze per la salute. Nel caso del TRIPS, ad esempio, gli accordi regolano anche i brevetti sui farmaci e le tecnologie biomediche; nel caso del GATS gli accordi commerciali possono interessare i servizi sanitari e altri ad essi collegati come i servizi previdenziali e assicurativi. Altri accordi sotto l'egida del WTO prevedono il riferimento a standard sanitari internazionali – come ad esempio quelli sviluppati dalla Commissione congiunta FAO/WHO per il *Codex Alimentarius* – per giustificare eventuali barriere all'importazione in contrasto alla libera circolazione delle merci che quegli stessi accordi prevedono come nel caso dell'Accordo sulle Barriere Tecniche al Commercio (TBT) o dell'Accordo sulle misure Sanitarie e Fito-sanitarie (SPS) concepito per evitare che, vedendosi obbligati a ridurre tariffe e sussidi all'agricoltura, alcuni Paesi membri introducano surrettiziamente bar-

riere non tariffarie per proteggere la produzione agricola nazionale (1). E' importante sottolineare, inoltre, come la rigida regolamentazione di questi accordi internazionali (*hard law*), funzionale alla promozione della libera circolazione di merci e servizi, possa risultare estremamente penalizzante per la salute e i servizi sanitari, per la cui difesa a tutt'oggi la comunità internazionale non si è dotata di strumenti regolamentari, affidandosi esclusivamente a dichiarazioni e risoluzioni (per esempio in sede OMS) non vincolanti per gli Stati membri e quindi giuridicamente deboli (*soft law*).

Come è facile intuire, accogliendo l'approccio dei determinanti della salute, la lista delle istituzioni che direttamente o indirettamente svolgono un ruolo in relazione alla salute si potrebbe allungare indefinitamente e per ognuna sarebbe necessaria una trattazione a sé stante.

I "bilaterali"^(b)

Nella mappa di Dodgson e collaboratori in prossimità del centro c'erano solo un paese: gli Stati Uniti d'America (5). Il modificarsi degli equilibri internazionali potrebbe mettere oggi in discussione quella supremazia, ma nel campo della salute globale queste trasformazioni non sembrano ancora esprimersi appieno. Dal punto di vista del peso economico (Prodotto Interno Lordo), per esempio, dal 2010 la Cina ha già superato il Giappone e la Germania collocandosi al secondo posto dopo gli Stati Uniti^(c), ma utilizzando ugualmente parametri economici per misurare il "peso" dei singoli paesi in salute globale, sono ancora altri i paesi più influenti. Il Regno Unito per esempio ri-

^(b) Per "bilaterali" si intendono gli agenti governativi, ovvero i Paesi altrimenti indicati come "donatori" per la loro attività di Aiuto Pubblico allo Sviluppo (APS).

^(c) <http://data.worldbank.org/data-catalog/DGP-ranking-table>

mane il secondo paese dopo gli Stati Uniti come contribuente dell'OMS (contributi obbligatori e volontari) e con grande influenza sui processi e le decisioni di quell'organizzazione. Paesi dal peso economico molto minore, come ad esempio la Norvegia, hanno una visione strategica del loro impegno nella salute globale e del rapporto con l'OMS e scelgono di assumere un impegno finanziario proporzionalmente molto maggiore rispetto a tutti gli altri, tanto da "contare" verso l'OMS complessivamente almeno quanto la Germania, o il Giappone (7). La Cina a titolo di confronto contribuisce al bilancio dell'OMS (2013) per circa 21 milioni di dollari di cui 6 di contributi volontari, e l'Italia per circa 28 milioni, di cui 5 volontari (11,12). Indipendentemente dai contributi i paesi BRICS cominciano a organizzare in maniera più strutturata la loro strategia nei confronti dell'OMS (13). Considerando che in seno all'OMS la distribuzione geografica dello staff tecnico e dirigenziale rispecchia per il 55% il peso economico degli Stati Membri, si comprende anche, l'importanza di questo fattore nell'indirizzo dell'Organizzazione indipendentemente dal voto espresso in Assemblea. Naturalmente gli attori governativi esercitano la propria influenza politica ed economica su molti altri fronti, sia multilaterali che bilaterali. Tra quelli vanno inclusi i molteplici *forum* politici e economici globali (summit, conferenze, riunioni *ad hoc*, etc.) anche esterni al settore sanitario, ma con effetti significativi sulla salute, che influenzano spesso in maniera determinante la direzione delle politiche globali, ma dove

indiscutibilmente alcuni paesi fanno la parte del leone.

Guardando invece all'assistenza allo sviluppo in sanità, che con buona approssimazione rappresenta l'interesse dei singoli paesi per la sanità in ambito internazionale, gli Stati Uniti rimangono la principale fonte di finanziamenti (11,2 miliardi di dollari nel 2011). Nonostante una riduzione per il secondo anno consecutivo, come effetto della crisi economica, nel 2013 gli USA continuavano a canalizzare il 25% dell'APS per la sanità dei paesi OCSE^(d). In controtendenza il Regno Unito, sempre il secondo paese per fondi dell'aiuto pubblico allo sviluppo (APS) destinati alla sanità (2,1 miliardi di dollari nel 2011), ha aumentato del 24.7% i propri investimenti nel settore tra il 2012 e il 2013, e rappresentava il 4% degli aiuti canalizzati verso la sanità nel 2013. Dietro di loro Canada e Germania destinavano nel 2011 poco più di un milione di dollari all'APS in sanità. Le scelte di pochi grandi donatori governativi possono influenzare in modo rilevante l'agenda sanitaria globale, anche se come abbiamo già visto e approfondiremo più avanti ci sono attori non governativi e nuove forme di partenariato pubblico-privato che pesano ormai più della maggior parte degli attori bilaterali. I finanziamenti della Fondazione Gates nel 2011 superavano di un centinaio di milioni di dollari quelli del Regno Unito). Purtroppo i dati finanziari relativi a paesi non appartenenti all'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE) possono essere ancora solo stimati con molta approssimazione e non vengono in genere inseriti nelle

^(d) Per fondi "canalizzati" si intendono solo quelli erogati direttamente dal donatore per operazioni nei Paesi beneficiari e non includono quelli che lo stesso donatore eroga a istituzioni multilaterali (incluse le iniziative globali pubblico-privato) che a loro volta "canalizzano" i fondi verso il beneficiario (13)

tabelle comparative prodotte da istituzioni specializzate come l'*Institute for Health Metrics and Evaluation* (IHME) (14).

All'influenza dei singoli paesi vanno poi aggiunta quella di alcuni raggruppamenti internazionali.

Tra questi vanno menzionati raggruppamenti dove alcuni paesi concordano strategie comuni, come il Gruppo dei paesi G8 – che come è stato ricordato è stato all'origine dell'istituzione del Fondo Globale – e il gruppo dei cosiddetti BRICS (Brasile, Russia, India, Cina e Sud Africa) e di altri paesi emergenti. Il contributo finanziario per la sanità globale di questi ultimi non può che essere stimato (15), ed è stato calcolato per il 2010 in complessivi 5,6 miliardi di dollari per i cinque paesi BRICS (16), ma è indiscutibile che, almeno per i BRICS esiste il tentativo di un coordinamento strategico certamente destinato a consolidarsi, anche nel contesto della governance globale con impatto sulla salute (13,17).

Nella mappa aggiornata degli attori della governance globale vanno però inclusi alcuni nuovi attori privati e altri nati dall'associazione tra pubblico e privato in entità ibride, che per operare oltre i confini delle relazioni tra Stati è più corretto definire transnazionali, nonché globali per il loro impatto planetario.

Gli Attori transnazionali privati

Per quanto concerne gli attori privati dovremo distinguere tra quelli profit e quelli non profit. Tra questi ultimi bisogna fare un'ulteriore distinzione tra quelli cosiddetti filantropici (fondazioni) e le numerose forme associative senza distribuzione di utili (*non profit distributing*).

A proposito del privato commerciale, non può essere trascurata l'influenza diretta o

indiretta delle società transnazionali sui processi decisionali che influenzano la salute globale e da sempre sui governi nazionali, attraverso forme non sempre trasparenti di pressione tese a favorire la loro espansione sul mercato. Individualmente o attraverso diverse forme di associazione industriale le società transnazionali hanno progressivamente esteso la loro influenza sulla formulazione di politiche sanitarie in sede internazionale, sia spingendo gli stessi governi nazionali a sostenere in quella sede le posizioni ad esse più favorevoli, sia agendo direttamente sulle Organizzazioni Internazionali competenti. Storici sono i casi della resistenza all'introduzione del codice OMS/UNICEF sulla commercializzazione dei succedanei del latte materno, o al programma OMS per i farmaci essenziali negli anni '80 e, più recentemente, la battaglia senza esclusione di colpi con cui le multinazionali del tabacco tentarono d'impedire la Convenzione Quadro sul Controllo del Tabacco (*Framework Convention on Tobacco Control*) entrata in vigore nel 2005 (18).

Sono individuabili almeno due motivi a fondamento del coinvolgimento delle imprese in attività sanitarie e di promozione sociale in generale: la possibilità di influenzare l'ambiente sociale e politico nel quale si svolge l'attività economica dell'impresa e la promozione diretta dei propri interessi commerciali. In quest'ottica possono essere lette, tra l'altro, le crescenti iniziative filantropiche facenti capo a imprese transnazionali. Queste si realizzano attraverso elargizioni dirette, come ad esempio le grandi donazioni di farmaci a sostegno di programmi delle Nazioni Unite, da cui presero il via nel settore sanitario le prime iniziative di partnership globale, o attraverso la costituzione di fondazioni d'impresa, che

conservano in genere nel nome il brand della società che le ha originate, e hanno motivazioni (di marketing) diverse da quelle più genuinamente filantropiche delle cosiddette fondazioni familiari (18).

Le fondazioni iniziate da singoli mecenati o dai loro familiari (**Rockefeller Foundation, Wellcome Trust, Ford Foundation, UN Foundation, Aga Khan Foundation**, etc.) hanno spesso giocato un ruolo importante nel finanziare e influenzare le attività in campo sanitario in paesi diversi, o a sostegno dell'OMS e di altre Istituzioni Internazionali (19). Storico è il contributo della Fondazione Rockefeller, per esempio, all'eradicazione della malaria in Italia e per la costruzione dell'edificio che ospita ancora oggi a Roma l'Istituto Superiore di Sanità.

Con l'avvento – nel 2000 – della **Fondazione Bill e Melinda Gates** si parla ormai di «turbo-filantropia» e l'ordine di grandezza dei contributi finanziari passa dall'ordine dei milioni a quello dei miliardi di dollari. Con un capitale di più di 37 miliardi di dollari, investito sul mercato azionario, e con donazioni per quasi 2 miliardi di dollari all'anno destinati ad attività in campo sanitario (1,98 miliardi nel 2011) la Fondazione Gates è dopo gli Stati Uniti il primo soggetto finanziatore singolo (ovvero non un partenariato tra più attori) di iniziative in questo settore (7% del totale dell'assistenza sanitaria in sanità). La Fondazione Gates, il cui obiettivo è quello di valorizzare il progresso scientifico e tecnologico per salvare vite nei paesi in via di sviluppo, è anche uno dei principali finanziatori dell'OMS (in base ai contributi volontari nel biennio 2012-2013 è stata il primo finanziatore davanti agli Stati Uniti) e di un gran numero di partnership globali pubblico-privato (GPPP). In particolare la Fondazione Gates

siede nel consiglio di amministrazione delle due maggiori GPPP: il Fondo Globale per la lotta all'HIV/AIDS, la tubercolosi e la malaria e l'alleanza per i vaccini GAVI Alliance di cui è stata di fatto l'iniziatore. Indipendentemente dalle valutazioni circa l'influenza che la Fondazione Gates esercita sulle politiche globali attraverso la sua pesante onnipresenza nelle organizzazioni internazionali, negli ultimi anni è stata messa in evidenza la contraddizione tra *mission* sanitaria della Fondazione, e il fatto che i fondi distribuiti derivino dai proventi generati dagli utili del capitale investito in società come Coca Cola, Exxon, Monsanto e altre i cui prodotti e modalità produttive sono all'origine di gravi danni per la salute (20).

Per quanto concerne infine gli altri attori del non profit ad azione transnazionale, il quadro è estremamente variegato e complesso. Infatti il settore riunisce soggetti molto diversi per motivazioni e tipologia di associati. La distinzione tra PINGO e BINGO è una suggestiva sintesi di tale diversità (21). Il primo acronimo riunisce le Organizzazioni Non Governative (ONG) che perseguono un interesse pubblico (*Public Interest Non Governmental Organizations*), come possono essere Medici Senza Frontiere, Oxfam, o Save the Children. Il secondo acronimo fa invece riferimento a quelle ONG che nascondono interessi privati e particolari (*Business Interest Non Governmental Organizations*) (22); tra queste si possono indicare la federazione delle industrie farmaceutiche IFPMA (*International Federation of Pharmaceutical Manufacturers & Associations*).

Ai fini della governance globale in salute, assumono maggiore rilevanza le ONG impegnate in attività di advocacy a livello internazionale. Per esempio le ONG che hanno stabilito un rapporto consultivo con le

Nazioni Unite o di collaborazione con l'OMS, possono intervenire con proprie dichiarazioni e circolare documenti nell'Assemblea Mondiale della Sanità. Per aumentare la propria influenza e per dare voce a ONG più piccole, a dimensione nazionale o locale, si sono andate formando movimenti e reti transnazionali della "società civile". Un esempio in tal senso è il Movimento dei Popoli per la Salute (*Peoples' Health Movement*, PHM) che tra l'altro è molto attivo proprio in attività di monitoraggio e informazione dell'attività dell'OMS (WHO Watch) (23).

Non possiamo infine trascurare il crescente peso di alcuni settori accademici e comunità epistemiche. La Rivista *The Lancet*, per esempio, ha assunto senza dubbio il ruolo di opinion leader nel campo della salute globale costruito sulla base di una serie di iniziative centrate sui temi globali pubblicate a partire dal finire degli anni '90 e altre iniziative intorno alle quali ha riunito i maggiori esperti del settore, come il recente Manifesto con cui chiamava a passare dalla sanità pubblica alla salute planetaria (24,25).

Le Organizzazioni Ibride Transnazionali

La governance globale è resa infine ancor più confusa dall'emergere di nuove aggregazioni ibride, alcune delle quali contribuiscono ad affollare il circolo più interno della mappa. Il fenomeno dei partenariati globali pubblico-privato (*Global Public Private Partnerships*, GPPP) ha trasformato prepotentemente la scena della cooperazione internazionale allo sviluppo nel corso degli anni '90, modificando ruoli ed equilibri preesistenti. Basato sul presupposto che le Nazioni Unite e, più in generale, le forme tradizionali dell'Aiuto Pubblico allo Sviluppo, non fossero in grado di far fronte alle

numerose sfide globali che l'umanità si trovava a dover affrontare, s'introdusse l'idea di nuove organizzazioni *multi-stakeholder*, costituite ad hoc intorno a singole problematiche. Soggetti privati, acquisivano così il diritto di partecipare al governo delle GPPP, aprendo al grande business l'occasione di una partecipazione diretta al governo di iniziative globali e di una straordinaria autopromozione (strategica in epoca di un'emergente contestazione del globalismo neoliberista). D'altra parte il nuovo modello, che nel solo settore sanitario originò più di cento organizzazioni diverse, contribuiva a delegittimare ulteriormente le Nazioni Unite, riduceva il peso dei paesi più svantaggiati nell'indirizzo e nel controllo dei fondi loro destinati, comportava innegabili conflitti tra interessi pubblici e privati, promuoveva un approccio frammentario, "verticale" – ovvero vincolando risorse e operazioni, singole tematiche – e disomogeneo ai problemi dello sviluppo, oltre a distrarre l'opinione pubblica dalle cause strutturali della povertà e dal progressivo disimpegno dei Paesi ricchi.

In assenza di un accordo internazionale (ossia sottoscritto e ratificato dagli Stati partecipanti) che preveda l'istituzione di Istituzioni Ibride (pubblico-privato) Transnazionali e della volontà di perseguire quel percorso, le GPPP hanno seguito fondamentalmente due modalità organizzative:

- a) struttura informale ospite di un'Istituzione Internazionale (*hosted partnerships*), come ad esempio nel caso di UNITAID, StopTB e, inizialmente GAVI, non senza complesse e a volte conflittuali relazioni gestionali con le istituzioni ospitanti chiamate a sopportarne il peso amministrativo.
- b) organizzazione privata (seppure a parte-

cipazione e gestione mista pubblica-privata), in genere una fondazione, costituita in base alla normativa del paese ospitante, che attraverso l'uso creativo e flessibile di strategie legali hanno ottenuto in alcuni casi il riconoscimento di istituzioni internazionali in assenza di accordo tra Stati, come nel caso del Fondo Globale e, in seguito, la stessa GAVI (26).

L'**Alleanza GAVI** (Global Alliance on Vaccines and Immunizations, GAVI) lanciata nel 2000 sulla spinta del finanziamento iniziale (750 milioni di dollari) della Fondazione Gates, e con erogazioni superiori al miliardo di dollari nel 2010 (14). GAVI è servita da prototipo del modello GPPP, e non solo nel settore sanitario. Fino al 2009 GAVI fu ospitata dall'UNICEF, poi venne istituita come fondazione in Svizzera e come non profit (*Public Charity*) negli Stati Uniti. La sua missione è la fornitura di vaccini nuovi o sottoutilizzati (es. vaccini contro rotavirus, pneumococco, meningite A, vaccino pentavalente e seconda dose del vaccino contro il morbillo) per i bambini dei paesi in via di sviluppo, e oltre alla Fondazione Gates vi partecipano con diritto di voto istituzioni internazionali come l'OMS, la Banca Mondiale e l'Unicef, nonché una dozzina di soggetti governativi, ONG internazionali e rappresentanti dell'industria farmaceutica.

Per appoggiare l'accesso ai servizi d'immunizzazione l'alleanza GAVI sostiene anche il rafforzamento dei sistemi sanitari attraverso schemi di finanziamento basati sui risultati (*performance*).

La GAVI è divenuta anche il canale di meccanismi innovativi di finanziamento di prodotti sanitari. In particolare, la *International Financing Facility for Immunizations* (IF-

FIIm) e l'*Advance Market Commitment* (AMC). L'IFFIm emette dei titoli obbligazionari garantiti dall'impegno a lungo termine di governi donatori associati che, venduti sul mercato dei capitali, generano ampie disponibilità immediate di capitali per le attività del GAVI. Gli AMC sono invece degli impegni a lungo termine presi dai paesi donatori per l'acquisto di prodotti (nel caso specifico un vaccino anti-pneumococcico) con limitata domanda sul mercato, per i quali invece l'industria sarà incentivata a investire in ricerca e sviluppo incentivata dall'impegno assunto dai governi garanti «in anticipo sul mercato»⁽⁶⁾. Oggi GAVI determina il mercato di un vasto gruppo di vaccini negoziando i contratti di fornitura con un gran numero di fornitori globali e contribuendo a contenerne i prezzi.

L'alleanza GAVI servi da modello per la costituzione del **Fondo Globale per la lotta all'HIV/AIDS, la tubercolosi e la malaria**, che è tra gli attori che occupano ormai la scena centrale della governance sanitaria globale con erogazioni per circa 3 miliardi di dollari nel 2010 (14). Il Fondo, venne costituito dall'inizio come Fondazione privata di diritto svizzero, stabilendo però un accordo con la Banca Mondiale per la costituzione di un fondo fiduciario per la raccolta dei fondi e un «accordo per i servizi amministrativi» con la OMS che ne fu così il segretariato fino al 2009 quando l'accordo fu interrotto.

Il Fondo Globale è oggi in assoluto la maggiore partnership pubblico-privato; fu lanciato dal G8 di Genova nel 2001 ed è finanziato prevalentemente con fondi pubblici. Infatti, contrariamente all'ipotesi alla base della sua costituzione, scarsi sono stati gli

⁽⁶⁾ Si veda l'articolo di Calì e Missoni in questo stesso numero di "Sistema Salute"

apporti del settore privato (non superano il 5%) cui però è riservata la presenza nel Consiglio di Amministrazione. Pensato come meccanismo di finanziamento e raccolta fondi il Fondo Globale non realizza programmi direttamente, ma condiziona fortemente le modalità di realizzazione stabilendo le condizioni per il loro finanziamento. Tra queste, per esempio, oltre all'impossibilità di utilizzare i finanziamenti del Fondo Globale per progetti non inerenti il controllo delle tre malattie, i paesi recettori sono obbligati al coinvolgimento del settore privato nella realizzazione dei programmi e a specifiche modalità organizzative e procedurali. Al Fondo è attribuito in buona parte il merito di aver contribuito a ridurre i prezzi dei farmaci antiretrovirali e delle zanzariere nei paesi poveri e a reddito medio, tra l'altro rendendo pubblicamente noti i prezzi e le condizioni di vendita dei prodotti acquistati. D'altra parte, sul piano globale, diverse delle attività del Fondo Globale (monitoraggio, sorveglianza, raccolta dati, etc.) si sovrappongono al mandato dell'OMS, (16) che non gode nemmeno del diritto di voto nel Consiglio d'Amministra-

zione del Fondo ed il cui mandato di fatto viene indebolito dall'esistenza e dal peso di GPPP come il Fondo Globale e la GAVI.

Conclusioni

Come si è cercato di illustrare, un numero crescente di Istituzioni Internazionali e di nuovi attori transnazionali hanno contribuito a modificare profondamente la mappa degli attori della governance globale della sanità. D'altra parte si è solo fatto cenno alla complessità delle interazioni tra i diversi attori internazionali e transnazionali e al loro ruolo nella formulazione e messa in atto di politiche che possono avere un impatto sulla salute delle popolazioni e sui sistemi nazionali.

In gran parte è proprio sul piano della governance e quindi dell'interazione tra quegli attori, che si giocherà la sfida epocale della costruzione di un nuovo quadro normativo ed etico di riferimento che permetta di modificare la rotta suicida imposta da un modello di sviluppo assolutamente insostenibile di cui misuriamo ormai effetti ambientali e climatici con impatti sulla salute senza precedenti.

Conflitto di interesse: nulla da dichiarare

BIBLIOGRAFIA

1. Missoni E, Pacileo G. Elementi di Salute Globale. Globalizzazione, politiche sanitarie e salute umana. Milano: Franco Angeli, 2005.
2. Di Girolamo C, Fabbri A. Le malattie non trasmissibili tra salute pubblica e interessi privati: l'affermarsi del modello multistakeholder. In: Cattaneo A, Dentico N. (a cura di) OMS e diritto alla salute: quale futuro. Osservatorio Italiano sulla Salute Globale, 2013: 125-135.
3. Taylor AL. Global governance, international health law and WHO: looking towards the future. Bulletin of the World Health Organization 2002; 80(12): 975-980.
4. Frenk J, Moon S. Governance Challenges in Global Health. N Engl J Med 2013; 368(10): 936-42. doi:10.1056/NEJMr1109339.
5. Dodgson R, Lee L, Drager N. Global Health Governance. a Conceptual Review (Discussion paper n.1). London: Centre on Global Change & Health London School of Hygiene & Tropical Medicine; February 2002.
6. Lidén J. The World Health Organization and Global Health Governance: Post-1990. Public Health 2014;128 (2): 141-47. doi:10.1016/j.puhe.2013.08.008.

7. WHO Financial Report and Audited Financial Statements for the year ended 31 December 2013, Geneva: World Health Organization, 2014.
8. Missoni E. C'è bisogno di una riforma. Ma di che riforma? L'OMS di fronte alla sfida di una ricollocazione strategica. In: Cattaneo A, Dentico N. (a cura di) OMS e diritto alla salute: quale futuro. Osservatorio Italiano sulla Salute Globale, 2013:195-204.
9. Hafner T, Shiffman J. The Emergence of Global Attention to Health Systems Strengthening. *Health Policy and Planning* 2013; 28(1):41-50. doi:10.1093/heapol/czs023.
10. Brown SS, Sen K, Decoster K. The health systems funding platform and World Bank legacy: the gap between rhetoric and reality. *Globalization and Health* 2013; 9:9.
11. WHO Annex to the Financial Report and Audited Financial Statements for the year ended 31 December 2013. Geneva: World Health Organization, 2014.
12. WHO Assessed Contributions payable by Member States and Associate Members - 2012-2013, Geneva: World Health Organization, 2012.
13. Gautier L, Harmer A, Tediosi F, Missoni E. Reforming the World Health Organization: what influence do the BRICS wield? *Contemporary Politics* 2014; <http://dx.doi.org/10.1080/13569775.2014.907987>
14. IHME Financing Global Health 2103. Transition in an Age of Austerity, Institute for Health Metrics and Evaluation. Washington: University of Washington, 2014.
15. Fan VY et al. Tracking the flow of health aid from BRICS countries. *Bulletin of the World Health Organization* 2014; 92(6): 457-458.
16. Blanchet N, Milan T, Atun R, Jamison D, Knaul F, Hecht R. Global Collective Action in Health: the WDR+20 Landscape of Core and Supportive Functions. Helsinki, Finland: World Institute for Development Economics Research, 2014.
17. Acharya S et al. BRICS and global health. *Bulletin of the World Health Organization* 2014; 92(6): 386-386A.
18. Buse K, Lee K. Business and Global Health Governance. Geneva: WHO, 2005.
19. McCoy D, Chand S, Sridhar, D. Global health funding: how much, where it comes from and where it goes. *Health Policy and Planning* 2009; 24(6):407-417.
20. McCoy D, Kembhavi G, Patel J, Luintel, A. The Bill & Melinda Gates Foundation's grant-making programme for global health. *The Lancet* 2009; 373 (9675):1645-1653.
21. Verzivolli I. L'OMS nella sua interazione con le Organizzazioni non governative: PINGO contro BINGO. In: Cattaneo A, Dentico, N. (a cura di), OMS e diritto alla salute: quale futuro. Osservatorio Italiano sulla Salute Globale, 2013: 155-166.
22. Di Girolamo C, Fabbri A. Le malattie non trasmissibili tra salute pubblica e interessi privati: l'affermarsi del modello multistakeholder. In: Cattaneo A, Dentico, N. (a cura di), OMS e diritto alla salute: quale futuro. Osservatorio Italiano sulla Salute Globale, 2013: 125-135.
23. Bodini C, Camplone I. Il People's Health Movement e l'azione dal basso: il metodo e/è il messaggio. In: Cattaneo, A. e Dentico, N. (a cura di), OMS e diritto alla salute: quale futuro. Osservatorio Italiano sulla Salute Globale, 2013: 167-180
24. Shiffman J. Knowledge, moral claims and the exercise of power in global health. *International Journal of Health Policy and Management* 2014; 3(6):297-299.
25. Horton R, Beaglehole R, Bonita R, Raeburn J. et al. From public to planetary health: a manifesto. *The Lancet* 2014; 383:847
26. Missoni E. Transnational Hybrid Organizations, Global Public-Private Partnerships and Networks, In: Missoni E, Alesani D. Management of International Institutions and NGOs. Frameworks, practices and challenges. Oxon: Routledge, 2014: 77-102.