

Gli equilibri della Governance globale della salute

Eduardo Missoni

Abstract

Tanto fattori interni alle Nazioni Unite (stati membri, organi e responsabili delle Nazioni Unite e delle sue Agenzie), quanto fattori esterni a quel sistema (settore privato, G8, ambiente politico ed economico) hanno spinto verso la commercializzazione della salute, interessando il processo di formulazione delle politiche globali. Il nuovo approccio ha marcato uno spostamento degli equilibri affermando il nuovo paradigma dell'associazione pubblico-privata.

All'inizio del nuovo Millennio, la governance globale si è andata affollando di attori con interessi e poteri molto diversi tra loro. Mentre la crescente attenzione per la salute che risulta dall'aumento dei soggetti dedicati alla sua promozione non può che essere benvenuta, l'affollato scenario della governance globale della salute richiede il ristabilimento di un quadro certo ed appropriato di norme e principi globali, nonché di una leadership riconosciuta che ne sostenga l'adozione. Dalla mappa degli equilibri che cerchiamo di tracciare, emerge che nell'interesse della "salute per tutti" v'è la necessità di maggiore coordinamento e soprattutto di maggiore direzione della OMS cui deve essere consentito di recuperare il suo mandato e l'autorevolezza originali. Ciò richiederà certamente anche la revisione del suo funzionamento al fine di consentire un più ampio dibattito e il coinvolgimento appropriato di tutte le parti interessate.

* * *

L'Organizzazione Mondiale della Sanità e il modificarsi degli equilibri politici-economici

Costituita nel 1948, anche con il proposito di dare unitarietà al coordinamento della sanità internazionale, allora suddiviso tra autorità sanitarie a carattere regionale, all'Organizzazione Mondiale della Sanità fu affidato il mandato di coordinare e dirigere le attività internazionali in tema di salute, stabilendo e mantenendo un'efficace collaborazione con l'intero sistema delle Nazioni Unite, le autorità sanitarie governative, i gruppi professionali e altre organizzazioni (WHO, 2005). La stessa denominazione "mondiale", piuttosto che "internazionale" definiva la funzione globale della nuova organizzazione (Brown et al., 2006).

Fin dalla sua nascita l'organizzazione non poté sottrarsi agli equilibri di potere esistenti tra i suoi stati membri, nonché al peso di altri influenti attori esterni. Fino al 1972 l'OMS fu fortemente influenzata dalla politica della Guerra Fredda legandosi agli interessi degli Stati Uniti d'America nella lotta contro il comunismo (Packard & Brown, 1997), soprattutto fino al 1956 quando l'Unione Sovietica rientrò nelle Nazioni Unite e nell'OMS che aveva lasciate nel 1949.

Negli anni 60 e 70 anche l'OMS subì l'influenza del processo di decolonizzazione, accompagnato dalla diffusione di movimenti nazionalisti e socialisti e dalle nuove teorie dello sviluppo, quali la "Teoria della dipendenza" di origine latino-americana, quella fondata sui bisogni essenziali (*basic needs approach*) e quelle propense ad un Nuovo Ordine Economico Internazionale. In questo contesto e sotto la guida del suo direttore Hafdan Mahler, l'OMS sfidò apertamente le pratiche e gli interessi delle multinazionali farmaceutiche e alimentari (Global Health Watch, 2005), non senza conseguenze.

La stessa conferenza di Alma-Ata (1978), e la Dichiarazione che ne risultò, basata su di una visione della salute come diritto e su principi quali l'equità e la partecipazione, provocarono reazioni i cui risultati si misurano ancora oggi. La risposta fu la riduzione di quell'approccio, considerato "idealistico", ad una visione pragmatica di "*Selective Primary Health Care*", lanciata in seguito ad una riunione tra responsabili della Banca Mondiale, di USAID, dell'Unicef, e della Fondazione Ford, con il supporto della Fondazione Rockefeller (Brown et al., 2006) e poi sostenuta da alcuni settori accademici (Walsh e Warren, 1979). Il nuovo approccio "verticale" orientato al controllo

selettivo di singole malattie, evitava scomode riforme dei sistemi sanitari ed era maggiormente confacente alle prevalenti politiche liberiste, nonché alle esigenze amministrative e di politica d'immagine di alcuni dei maggiori donatori (Missoni, 2001). Analogamente, quando l'Assemblea Mondiale della Sanità approvò il Codice internazionale per la commercializzazione dei succedanei del latte materno, cercando di regolare il mercato di quei prodotti per difendere la vita dei neonati dei paesi più poveri, si scontrò con l'opposizione degli Stati Uniti che consideravano quel codice come un'interferenza nel mercato e nelle pratiche commerciali (Walt, p.140).

A partire dagli anni 80 la Banca Mondiale, assunse un peso progressivamente maggiore sullo scenario della salute globale, sia per un crescente attivismo a livello globale, attraverso la indicazione di politiche di riforma sanitaria (World Bank, 1987; 1993), sia imponendo quelle linee nell'ambito dei programmi di aggiustamento strutturale a livello dei paesi.

In quegli stessi anni il bilancio regolare della OMS fu congelato e nel 1985 gli Stati Uniti sospesero il loro contributo al bilancio regolare, in segno di protesta verso il programma di farmaci essenziali cui si opponevano le principali industrie farmaceutiche americane (Godlee, 1994). Da allora 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 circa l'80% delle disponibilità complessive dell'Organizzazione (WHO, 2008).

Nel corso degli anni 90 è cresciuta l'influenza diretta del settore privato sull'attività della WHO. Oltre alle interazioni dirette tra l'industria e la OMS, hanno assunto crescente importanza le Fondazioni che dell'industria sono spesso l'emanazione. La Bill & Melinda Gates Foundation, diviene ben presto il principale attore non istituzionale sullo scenario della salute globale.

Nel modificarsi dello scenario la nuova tendenza, che si affermerà poi come vero e proprio paradigma, è l'emergere di nuove alleanze, associazioni tra pubblico e privato, le cosiddette *Global Public Private Partnerships* (GPPP) per lo più dirette -ancora una volta- alla lotta a singole malattie o allo sviluppo e produzione di prodotti specifici (farmaci e vaccini). Anche grazie al convinto supporto dell'allora direttore della OMS, Gro Harlem Brundlandt, strategicamente attenta a rendere l'Organizzazione "attraente per gli Stati Uniti e i mercati finanziari" (Motchane, 2002), il numero delle GPPP cresce rapidamente avvicinandosi presto al centinaio nel solo settore sanitario, con crescente frammentazione della galassia della salute globale e degli interventi a livello paese, con conseguenti sprechi e inefficienza. La *Global Alliance on Vaccines and Immunizations* (GAVI), costituita nel 2000 con il contributo iniziale di 750 milioni di dollari della Gates Foundation diviene il prototipo del nuovo modello, al quale si ispirerà anche il Fondo Globale per la Lotta all'HIV/AIDS la Tuberculosis e la Malaria (*The Global Fund to fight HIV/AIDS, Malaria and Tuberculosis*) lanciato nel 2001 al G8 di Genova (Missoni e Pacileo, 2008).

Solo nei confronti dell'industria del tabacco la WHO continuò a difendersi coraggiosamente. L'iniziativa per la Convenzione quadro per il controllo del tabacco (*Framework Convention for Tobacco Control – FCTC*) fu lanciata nonostante le pressioni esercitate con ogni mezzo da colossi quali la Philip Morris/Altria, la British American Tobacco e la Japan Tobacco International (WHO Committee of Experts, 2000; Saloojee e Dagli, 2000). A difesa di quegli stessi interessi, ancora una volta gli Stati Uniti d'America cercarono di annacquare l'intero processo (www.stopcorporateabuse.org).

Mentre come analizzeremo meglio più avanti, lo scenario della governance globale della salute si è andato via, via affollando, i primi segnali di una riaffermazione del ruolo di guida della WHO sono stati dati dall'allora direttore J.W Lee, scomparso prematuramente, ma in modo più esplicito dall'attuale direttore Margareth Chan. Quest'anno, 60mo anniversario della costituzione dell'Organizzazione, nel dirigersi all'Assemblea Mondiale della Sanità, dopo aver riconosciuto che la "WHO non è sola nella corsa per migliorare la salute", la Chan ha aggiunto che l'interesse e investimenti senza precedenti per la salute, nonché altrettante sfide senza precedenti possono essere affrontate solo mediante una collaborazione globale ben guidata e coordinata, in altre parole, dando in tal senso "un ruolo chiaro" alla OMS (Chan, 2008).

Il panorama degli attori della governance globale della salute

Come abbiamo visto nel corso degli anni una molteplicità di attori hanno influenzato l'agenda globale per la salute rispondendo a interessi molto differenti tra loro. Nel rendere graficamente la governance globale in sanità, Dodgson e collaboratori (2002) ne tracciarono una mappa a centri concentrici, sistemando i diversi attori in base alla loro distanza da un ipotetico centro di “leadership e autorità”, includendo in questo nucleo centrale la WHO, la Banca Mondiale e gli Stati Uniti d'America.

Una analisi attualizzata degli equilibri e delle influenze obbliga ad una revisione di quella “geografia”.

OMS

Per mandato l'OMS rimane di diritto l'autorità sanitaria al centro della mappa. Purtroppo, come si sa, 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 in più di un'occasione quando una decisione è avvertita come avversa ai propri interessi, singoli paesi membri e altri centri di potere si attivano per impedirne la delibera. Il fatto che l'attività dell'OMS dipenda ormai all'80% da contributi volontari, fuori bilancio, rappresenta un elemento strutturale di ridotta autonomia. Si aggiunga che questo trend è accompagnato da una crescente dipendenza dai contributi di soggetti esterni all'organizzazione, con un ruolo crescente giocato dalle partnership tra i settori pubblico e privato, che sono quindi in grado di indirizzarne le priorità (WHO 2008), nonché di interferire nelle relazioni tra i diversi livelli di governo dell'organizzazione e quindi nel suo funzionamento (Walt, 1994, p. 136-137). Nel tentativo di ridurre l'influenza e i costi legati alla gestione separata di un gran numero di contributi esterni, l'OMS ha recentemente introdotto il concetto di “contributi volontari centrali (*core*)” invitando i donatori ad allineare i propri contributi agli obiettivi strategici di medio termine dell'OMS (WHO, 2008a).

La Banca Mondiale

Intanto la Banca Mondiale sta rivedendo il proprio posizionamento nello scenario della salute globale. Il nuovo approccio strategico della Banca Mondiale prevede infatti una maggiore attenzione al potenziamento dei sistemi sanitari nazionali dei paesi poveri, con particolare riferimento all'assistenza a livello paese in tema di economia sanitaria e finanziamento dei sistemi. In tal senso pone anche l'accento sulla necessità di assicurare l'armonizzazione degli aiuti esterni e l'allineamento alle politiche ed ai processi nazionali sotto la guida dei paesi medesimi (*ownership*), ivi incluso raccomandando la presenza trasversale (*mainstreaming*) di azioni per il rafforzamento dei sistemi sanitari nelle iniziative orientate al controllo di singole malattie (World Bank, 2007). Benché la Banca lasci ad altre agenzie specializzate e programmi delle Nazioni Unite la gestione di altri aspetti tecnici quali ad esempio quelli inerenti il controllo delle malattie, la formazione e la gestione delle risorse umane, alcuni autori rimarrebbero dubbiosi circa la nuova strategia della Banca nel proporsi come l'agenzia guida a livello globale per le politiche di sviluppo dei sistemi sanitari, in considerazione del ruolo avuto dalla Banca stessa nel promuovere i programmi di aggiustamento strutturale e di riforma sanitaria all'origine di molti dei problemi che i paesi poveri devono oggi affrontare. In tal senso buona parte della strategia della Banca rimarrebbe “opaca, lasciando molte domande senza risposta” (McCoy, 2007). Altri considerano che la Banca “deve porre molta attenzione alle implicazioni in termini di equità delle sue raccomandazioni di politica economica e dei suoi prestiti” ed insistono sulla necessità di strutturare la politica di salute in termini di giustizia sociale (Ruger, 2007). In ogni caso, quale che sia la nuova strategia, la Banca con il suo 10% sul totale degli aiuti globali per la salute rimane senza dubbio un attore centrale della governance globale della sanità.

Gli altri “H8”

Alla OMS e alla Banca Mondiale si sono aggiunti in questi anni altri soggetti che per la loro

rilevanza sono stati inclusi in un gruppo identificato come “H8”, dove la presenza della Gates Foundation e delle partnership pubblico-privato GAVI e Fondo Globale, a fianco di UNAIDS, UNFPA, UNICEF e le già ricordate OMS e Banca Mondiale, di per sé suggerisce la tendenza dei nuovi equilibri a divenire strutturale.

Per il suo peso preponderante la **Gates Foundation** è comunque un fattore di forte squilibrio verso quell'unico soggetto “individuale” (gli altri sono tutti multilaterali, anche quando associano pubblico e privato). Nel 2007 la Gates Foundation ha contribuito con 1,97 miliardi di dollari alla salute globale, superando tutti i paesi dell'OCSE all'infuori degli Stati Uniti d'America per volume di contributi nel settore.¹ Canalizzando i suoi aiuti attraverso molteplici organizzazioni, iniziative e partnership internazionali, la Gates Foundation è rappresentata nei consigli di amministrazione di quelle entità, con la possibilità di influenzare grandemente il processo complessivo di indirizzo delle priorità e di formulazione delle decisioni.

Lo stesso alleanza globale per i vaccini, **Global Alliance for Vaccines and Immunizations** (GAVI) fu di fatto lanciata dalla Gates Foundation con un contributo di 750 milioni di dollari su cinque anni. Nel 2007 la Gates Foundation era il secondo contribuente del GAVI (dopo la Norvegia) con il 10% delle risorse annuali totali (786 milioni di dollari), conservando un seggio permanente nel consiglio di amministrazione dell'alleanza al pari di agenzie multilaterali come OMS, UNICEF e Banca Mondiale. Peraltro il sistema di governance del GAVI -nel quale l'industria privata, con due seggi, ha un valore relativo maggiore di quello della società civile (GAVI, 2008)- è di tale complessità² da renderne difficilmente tracciabili le linee di responsabilità (Deacon et al, 2003, p.50). La Gates Foundation ha inoltre giocato un ruolo non indifferente nel suggerire e promuovere l'istituzione di nuovi meccanismi finanziari, quali l'IFFIm (*International Finance Facility for Immunization*) e l'AMC (*Advanced Market Commitment*)³ -quest'ultimo formalmente lanciato lo scorso anno dal Ministro dell'economia, Giulio Tremonti, a nome del governo italiano- a beneficio delle attività del GAVI (Okie, 2006).

Il Fondo Globale per la lotta all'AIDS, la tubercolosi e la malaria, **The Global Fund to fight against HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria** (GFATM) è l'altra partnership pubblico-privata globale nel H8. Attualmente la Gates Foundation ha un seggio anche nel consiglio del GFATM, ma in questo caso come espressione del gruppo “fondazioni private”. Il Fondo Globale era nato tra l'altro, con il proposito di attrarre risorse aggiuntive per la lotta alle tre malattie, in particolare dal settore privato. Un vero fallimento da questo punto di vista: nel periodo 2001-2007 solo il 4,7% delle risorse complessive del Fondo (9,5 miliardi di dollari) sono provenute da fonti non governative e di queste il 77% ancora una volta dalla Gates Foundation. L'industria privata mantiene comunque un seggio nell'organo direttivo del Fondo (The Global Fund, 2008).

I paesi “donatori”

Gli USA erano l'unico paese che Dodgson e collaboratori (2002, p.22) misero al centro della mappa, tutti gli altri paesi erano collocati nel secondo “cerchio” di influenza. Abbiamo già visto come il peso di alcuni paesi abbia influenzato l'OMS; d'altra parte un gran numero di donatori partecipano attivamente negli organi di governo delle numerose iniziative e partnership globali, come del resto in quelli propri del sistema della Nazioni Unite e di altri Organismi internazionali rilevanti per la governance della salute globale. Purtroppo, un ridotto numero di paesi hanno avuto ed hanno un ruolo preponderante nel definirne l'architettura e gli equilibri, sia agendo individualmente, sia attraverso raggruppamenti più o meno stabili. Il più rilevante di questi è il G8,

1 dati del 2006 – l'APS degli Stati Uniti per Sanità, Popolazione, Acqua e sistemi fognanti raggiungevano i 5 miliardi di dollari (impegni)

2 La GAVI Alliance consiste di cinque entità separate, piazzate sotto la leadership individuale del Segretario Esecutivo e CEO: il Segretariato della GAVI Alliance (un'associazione di fatto ospitato da UNICEF in Svizzera); il GAVI Fund (registrato negli USA); la International Finance Facility for Immunisation – IFFIm (registrata nel Regno Unito); il GAVI Fund Affiliate (registrata nel Regno Unito); e la GAVI Foundation (registrata in Svizzera).

3 IFFIm e AMC sono dei meccanismi finanziari innovativi, basati sull'impegno a donazioni future quali garanzie per l'emissione di obbligazioni sul mercato finanziario, consentendo così di disporre di liquidità utilizzabili per migliorare i sistemi di erogazione dei servizi e di acquistare vaccini in maggiori quantità (nel caso dell'IFFIm), o di offrire garanzie ai produttori di un mercato stabile in vista dello sviluppo di nuovi vaccini (nel caso dell'AMC)

la cui agenda sarebbe fortemente influenzata dal peso specifico degli USA. Tale era almeno il parere di Kickbusch (2002), per la quale fin dalla metà degli anni 90 le motivazioni per un maggior coinvolgimento di quel paese nelle questioni di salute globale sarebbero state espresse in modo crescente sulla base degli interessi nazionali (Kickbusch, 2002).

Il G8

L'influenza del G8's sull'agenda globale della salute subì una spinta notevole a partire dal summit di Okinawa (2000), consolidandosi negli anni successivi attraverso specifiche iniziative. La più significativa tra queste fu certamente la costituzione del Fondo Globale per la lotta all'AIDS, la tubercolosi e la malaria al G8 di Genova (2001). Benché anche il gruppo degli esperti sanitari dello stesso G8 concordasse sulla inutilità di nuove strutture o istituzioni formali, indicando piuttosto nel rafforzamento di quelle esistenti la via da seguire (G8, 2001), i Capi di governo del G8 presero la decisione di lanciare il Fondo, che conta oggi non meno di 600 funzionari ed una struttura organizzativa consolidata. Eppure, la decisione -tutta politica e certamente motivata anche dalla necessità di visibilità dei G8- non sarebbe stata unanime, quantomeno non in merito ai meccanismi di funzionamento del nuovo fondo. L'Italia e altri membri del gruppo sarebbero stati contrari all'ipotesi di una gestione esterna al sistema delle Nazioni Unite, promossa invece dagli Stati Uniti (Phillips, 2002). Alcuni autori sostengono che il proposito di alcuni dei sostenitori della nuova partnership pubblico-privata sia stata precisamente quella di minare alla base il ruolo di policy-making delle Nazioni Unite (Deacon et al. 2003, p. 57).

Oltre al Fondo Globale il G8 ha preso nel corso degli anni numerosi altri impegni in relazione alla salute globale. Da quelli per l'eradicazione della polio, alle iniziative per ridurre i prezzi dei farmaci; dalla ricerca sulle malattie che maggiormente colpiscono i paesi poveri, alle iniziative per il controllo delle epidemie quali la SARS o l'influenza aviaria; dalla costituzione di imprese globali per la ricerca e lo sviluppo del vaccino contro l'HIV/AIDS, ai nuovi meccanismi finanziari, cui abbiamo già fatto cenno (Kirton e Mannel, 2005). Ma solo nell'ultimo vertice di Toyako (2008) i G8 hanno concordato di stabilire un meccanismo regolare di verifica circa il rispetto degli impegni presi e lo stato di avanzamento delle iniziative avviate (G8, 2008). Il G8 ha progressivamente perso l'originale caratteristica di gruppo informale per un confronto sulle problematiche economiche, accrescendo progressivamente l'influenza su altre questioni globali ivi inclusa la salute globale, lanciando iniziative proprie o sostenendo altrimenti iniziative globali.

Mentre vi sono autori che salutano con ottimismo il nuovo ruolo del G8 come “potenziale governatore della globalizzazione nel campo della salute” (Savona e Oldani, 2003, pp. 99-112) altri lo condannano apertamente, vedendo nel fallimento del G8 l'approccio dominante degli USA cui gli altri membri del gruppo si sono troppo facilmente sottomessi (Kirton e Mannel, 2005).

Verso un maggiore coordinamento

Come si vede il “centro” della governance globale della salute si va affollando ed è innegabile la necessità di ricercare maggiore coordinamento e un chiarimento dei ruoli. Anche in un recentissimo forum internazionale sui temi della ricerca globale sulla salute, tenutosi a Bamako nello scorso Novembre, è stata richiamata la necessità di rivedere “i ruoli spesso confusi dei diversi organi che supervisionano la ricerca globale sulla salute” (McKee 2008). Così nel più ampio campo dell'azione per lo sviluppo la necessità di armonizzazione tra gli approcci dei diversi attori è stata fatta oggetto di solenni dichiarazioni, soprattutto la Dichiarazione di Parigi (OECD, 2005), e impegni procedurali, soprattutto l'Agenda di Accra per l'Azione (Accra Agenda for Action, 2008).

Per riportare in carreggiata l'azione per il raggiungimento entro il 2015 degli Obiettivi del Millennio, il Primo Ministro del Regno Unito, Gordon Brown, ha lanciato nel settembre del 2007 la *International Health Partnership* (IHP), chiamando i maggiori attori a coordinarsi e riconoscendo implicitamente il fallimento dell'approccio basato sulla promozione di singole iniziative, misurabile nella iper-frammentazione dell'azione globale per la salute. L'iniziativa è stata sottoscritta da altri sette paesi (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). E' significativa l'assenza di tre paesi del G8: Giappone, Russia e Stati Uniti d'America. Almeno per questi ultimi la mancata adesione si spiega con la tradizionale distanza dall' approccio della IHP che si propone di focalizzare l'attenzione sul miglioramento dei sistemi sanitari, piuttosto che su iniziative per il controllo di singole malattie, e di sostenere i piani sanitari propri di ciascun paese beneficiario, assicurando la certezza nella disponibilità di fondi a lungo termine (DFID, 2007). Si tratta di un nuovo tentativo per riaffermare anche per l'iniziativa globale in salute i termini di riferimento sottoscritti con la già citata Dichiarazione di Parigi (2005), ovvero quelli di *ownership* del paese beneficiario, allineamento delle procedure dei donatori a quelle del paese con cui si coopera, armonizzazione delle procedure dei paesi donatori, gestione per risultati e *accountability* reciproca tra i partner nello sviluppo.

D'altra parte, al di là di cercare di riportare ad unità i molteplici frammenti in cui lo scenario globale della salute è stato ridotto (e molti dei partner hanno avuto un ruolo nel determinare questa situazione), la nuova impresa non aiuta a ristabilire chiaramente responsabilità e ruolo guida per la governance globale in salute e, comunque, lascia fuori alcuni attori importanti.

Conclusioni

Fin dagli inizi degli anni 90 c'è stata una crescente confusione di ruoli tra i diversi attori multilaterali coinvolti sui temi della salute, quali OMS, UNICEF, UNDP, UNFPA e la Banca Mondiale; quest'ultima più vicina agli interessi e la visione dei paesi industrializzati e dei donatori più potenti. Il ridotto supporto alle principali agenzie delle Nazioni Unite, ed in particolare all'OMS, è stato motivato sulla base di una perdita di fiducia nell'efficienza e nell'efficacia della loro azione. Cercando di riconquistare posizione e credibilità le Nazioni Unite hanno aperto progressivamente le porte alle forze di mercato, con il rischio di servire interessi diversi da quelli propri del loro mandato.

All'inizio del nuovo millennio nuovi attori globali hanno occupato la scena. Certamente la maggiore attenzione per la salute e un numero crescente di contribuenti non può che essere salutato con favore, ma il crescente affollamento del "centro" della governance globale, con soggetti con interessi e poteri molto diversi fra loro, richiede un urgente ridefinizione del quadro di principi e norme globali, nonché della guida per assicurarne l'attuazione. Se però il processo di formulazione delle politiche per la salute fosse sottratto alla protezione del sistema delle Nazioni Unite, si andrebbe incontro a considerevoli rischi (Deacon et al., 2003, p. 57).

Al di là delle conseguenze sulla frammentazione dell'azione, tanto a livello globale, quanto a livello paese, il nuovo fenomeno delle GPPP corre il rischio di alterare anche gli equilibri e di influenzare indebitamente il processo di indirizzo a livello globale, potendo essere anche utilizzato da i più potenti attori globali per ovviare ed indebolire le organizzazioni preposte all'indirizzo globale in salute e specificamente l'OMS (Bartsch, 2007). I processi di formulazione delle politiche globali per la salute sono allineati in maniera crescente alle politiche commerciali e industriali, e sono sogette all'influenza del settore commerciale, indebolendo così le barriere necessarie ad una efficace azione normativa e regolamentare sia a livello nazionale che globale (Olilla, 2005).

La legittimità e la competenza per la difesa degli interessi globali di salute pubblica risiedono ancora nell'Organizzazione Mondiale della Sanità. E' dunque nell'interesse della "salute per tutti" e quindi dell'intera comunità globale difendere e rinforzare l'OMS nella sua capacità di orientare e coordinare l'impegno complessivo per la salute globale, piuttosto che continuare a deprivarla di risorse essenziali e ridurla ad un semplice ruolo di assistenza tecnica di nuove iniziative, alleanze o altri gruppi. In tal senso sarà probabilmente necessario anche riformare i meccanismi di funzionamento e rappresentanza della stessa OMS per renderla più inclusiva e aperta al contributo di attori non statali ed in particolare di quelli della società civile che maggiormente e meglio interpretano il diritto universale alla salute.

Bibliografia

- Accra Agenda for Action (2008), 3rd High level Forum on Aid Effectiveness, Accra, Ghana, 2-4 September 2008
- Alma-Ata (1978), Primary Health Care. Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978.
- Bartsch, S. (2007), Accountability of Global Public-Private Partnerships in Health, Sixth Pan-European Conference on International Relations, University of Turin, Italy, September 14, 2007
- Brown, T.M., Cueto, M. and Fee, E. (2006), The World Health Organization and the Transition From International to Global Public Health, *American Journal of Public Health*, 96 (1) 62-72
- Chan, M. (2008), Address to the Sixty-first World Health Assembly, 21 May 2008
- Deacon, B, Ollila, E., Koivusalo, M., Stubbs, P. (2003), Global Social Governance. Themes and Prospects, Ministry of Foreign Affairs of Finland, Hakapaino Oy, Helsinki
- DFID (2007), The International Health Partnership Launched Today, 5 September 2007. www.dfid.uk.gov accessed July 2008
- Dodgson, R., Lee, K. and Drager, N. (2002) Global Health Governance. A conceptual Review, Discussion paper n.1, LSHTM – WHO, February 2002
- G8 (2001) Health Experts Group meeting, Summary, Rome, 12-13 March 2001
- G8 (2008) Hokkaido Toyako Summit, Leaders Declaration, Hokkaido Toyako, 8 July 2008
- GAVI alliance (2008), Overview of GAVI Alliance Governance Structures, www.gavialliance.org accessed July 2008
- Global Health Watch (2005), Global Health Watch 2005-2006. An alternative world health report, Zed Books Ltd., London
- Godlee, F. (1994), Who in Retreat; Is it loosing its influence?, *BMJ*, 309 : 1491-1495
- International Health Partnership (2007), a Global 'Compact' for achieving the Millennium Development Goals. For signature on 5th September 2007, N. 10 Downing St. , London, United Kingdom.
- Kickbusch, I. (2002) Influence and opportunity: Reflections on the U.S. role in global public health, *Health Affairs*, 21:131-41
- Kirton, J. and Mannell, J. (2005) The G8 and Global Health Governance, Paper prepared for a conference on “Global Health Governance: Past Practice: Future Innovation,” , Ottawa and Waterloo, November 10-12, 2005
- McCoy, D. (2007), The World Bank's new health strategy: reason for alarm?, *Lancet*, 369 : 1499-1501
- McKee, M. (2008), Global research for health, *BMJ*, 337:a2733
- Missoni, E. (2001), Health & sustainable development in the framework of international cooperation. Doctors for the environment an international bulletin. Special Edition. 10th Congress and Assembly, 1 : 63-66
- Missoni, E., Pacileo, G. (2008) I partenariati globali pubblico-privato, in: Osservatorio Italiano sulla Salute Globale, “Salute globale e aiuti allo sviluppo. Diritti, ideologie, inganni. 3° Rapporto dell’Osservatorio Italiano sulla Salute Globale”, Edizioni ETS, Pisa, 2008
- Motchane, J.L. (2002) Health for all or riches for some: WHO's responsible? *Le Monde diplomatique*, July
- OECD, Paris Declaration on Aid effectiveness, 2005
- Ollila, E. (2005), Global health priorities – priorities of the wealthy?, *Globalization and Health*, 1:6
- Okie, S. (2006) Global Health — The Gates–Buffett Effect, *New England Journal of Medicine*, 355 : 1084-1088
- Packard, R.M., and Brown, P.J. (1997), Rethinking Health Development and Malaria: Historicizing a Cultural Model in International Health, *Medical Anthropology*, 17: 181-194, quoted in: Brown, T.M., Cueto, M. and Fee, E., *op. cit.*
- Phillips, M. (2002) Infectious-disease fund stalls amid U.S. rules for disbursement, *Wall Street Journal*, 5 august 2002
- Ruger, JP (2007), Global Health governance and the World Bank, *Lancet*, 370 : 1471-1474
- Saloojee, Y.; Dagli, E. (2000), Tobacco industry tactics for resisting public policy on health, *Bulletin of the World Health Organization*, 78 (7) 902-910
- Savona, Paolo and Chiara Oldani (2003), “Globalisation: The Private Sector Perspective,” in Michele Fratianni, Paolo Savona, and John Kirton, eds., *Sustainable Global Growth and Development* (Ashgate, Aldershot)
- The Global Fund to fight HIV/Aids, Tuberculosis and Malaria (2008) An Overview of the Global Fund Governance,

www.theglobalfund.org accessed July 2008

Walsh J.A. e Warren K.S. (1979) Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. *New England Journal of Medicine*, 301, 967-974

Walt, G. (1994), *Health Policy. An introduction to process and power*. Zed Books, London

WHO Committee of Experts (Zeltner, T., et . al.) (2000), *Tobacco Industry Strategies to Undermine Tobacco Control Activities at the World Health Organization*, July

WHO (2005), *Constitution of the World Health Organization. Basic Documents, Forty-fifth edition*, Geneva

WHO (2008), *Financial Report and Audited Financial Statements for the period 1 January 2006 – 31 December 2007*, A61/20, 28 March 2008

WHO (2008a), *Collaboration within the United Nations system and with other intergovernmental organizations. Report by the Secretariat, sixty-first World Health Assembly, A61/32*, 3 April 2008

World Bank (1987), *Financing Health Services in Developing Countries*. Washington DC

World Bank (1993), *World Development Report 1993: investing in health*, Oxford University Press, Oxford

World Bank (2007), *Healthy Development. The World Bank Strategy fro Health, Nutrition, and Population Results*, Washington, April 24, 2007

www.gatesfoundation.org accesso luglio 2008

www.stopcorporateabuse.org accesso luglio 2008