



L'Italia e l'Alleanza Globale per le Vaccinazioni

**Verso un nuovo approccio
per la partecipazione
italiana al GAVI,
la partnership
pubblico privata per
l'immunizzazione**

Aprile 2016

act:onaid

— REALIZZA IL CAMBIAMENTO —

Ricerca e redazione: Veronica Boggini e Damiano Sabuzi Giuliani

Editing e correzione bozze: Randa El Tahmy Bayoumy Amar

Grafica: Polaris Publishing and Graphics | www.polarisonline.it

Photo credit: cover, p. 4, p. 22 -Tommy Trenchard/ActionAid; p. 16 - Georgina Goodwin/ActionAid; p. 26 - Greg Funnell/ActionAid;

Coordinamento: Livia Zoli

Supervisione: Luca De Fraia

Data di chiusura rapporto: aprile 2016

Per maggiori informazioni: policy.ita@actionaid.org

Il presente documento, basato su una ricerca condotta dal prof. Eduardo Missoni si inserisce nell'ambito delle attività previste dal progetto "Framing the future development: a policy proposal for influencing the Italian cooperation post-2015", realizzato in partnership con la Bill&Melinda Gates Foundation, attraverso il quale ActionAid analizza l'evoluzione della Cooperazione Italiana alla luce delle novità introdotte dalla riforma della Legge 125/2014 e si propone di alimentare il dibattito sull'allocazione delle risorse dell'Aiuto Pubblico allo Sviluppo italiano.

Eduardo Missoni è attualmente Docente presso l'Università Bocconi di Milano, la Geneva School of Diplomacy and International Relations e l'Università Milano Bicocca; è stato esperto responsabile delle iniziative di cooperazione pubblica italiana in ambito socio-sanitario con l'America Latina e gran parte dell'Africa Subsahariana dal 1987 al 2002; fa parte del Centro di ricerca sulla gestione dell'assistenza sanitaria e sociale (CERGAS).

Il presente lavoro si propone di analizzare sul piano strategico, tecnico ed economico la partecipazione e il contributo finanziario italiano – storico e futuro – all'Alleanza Globale per le Vaccinazioni (GAVI), nel più ampio contesto di una riflessione sulle partnership globali pubblico-private nel settore sanitario e della partecipazione italiana a tali iniziative.

A tal fine è stata condotta un'estesa ricognizione della letteratura istituzionale e scientifica e della normativa rilevante, ivi inclusi i resoconti delle sedute parlamentari, dichiarazioni emanate in consessi internazionali e leggi finanziarie del Governo italiano. Per gli aspetti quantitativi si è fatto principale riferimento alle banche dati di 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).

Infine, per la conferma di informazioni relative alla nuova architettura di governance dei rapporti fra Italia e GAVI e circa gli impegni presi dall'Italia, si è fatto ricorso a consultazioni con le istituzioni coinvolte, in particolare con il Ministero dell'Economia e delle Finanze.

Indice

Elenco delle abbreviazioni	2
Introduzione	3
1. L'Alleanza Globale per le Vaccinazioni (GAVI)	5
2. Le partnership pubblico-private nel mondo della salute	17
3. Strategie di salute globale e della salute materno infantile dell'Italia	23
Conclusioni e raccomandazioni	27

Elenco delle abbreviazioni

AICS	Agenzia Italiana per la Cooperazione allo Sviluppo
AMC	Advance Market Commitment
APS	Aiuto pubblico per lo Sviluppo
AU	African Union
AUSAID	Australian Agency for International Development
CDP	Cassa Depositi e Prestiti
CERGAS	Centro di ricerca sulla gestione dell'assistenza sanitaria e sociale
CGD	Center for Global Development
CNCS	Consiglio Nazionale della Cooperazione allo Sviluppo
CRUI	Conferenza dei Rettori delle Università italiane
CVI	Children's Vaccine Initiative
DAC	Development Assistance Committee (Comitato per l'Aiuto allo Sviluppo dell'OCSE)
DGCS	Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo
EPI	Expanded Programme on Immunization
FMI	Fondo Monetario Internazionale
GAVI	Global Alliance for Vaccines and Immunisation
GFA	GAVI Fund Affiliate
GFATM	Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria
GPPP	Global Public-Private Partnership
GRL	Gearing Ratio Limit
GVAP	Global Vaccine Action Plan
IAC	International Adjudication Committee
IBRD	International Bank for Reconstruction and Development
IFFIm	International Finance Facility for Immunisation
IFPMA	International Federation of Pharmaceutical Manufacturers Association
IHME	Institute of Health Metrics and Evaluation
MAE	Ministero degli Affari Esteri
MAECI	Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale
MEF	Ministero dell'Economia e delle Finanze
MSF	Medici Senza Frontiere
OCSE	Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (Organization for Economic Cooperation and Development - OECD)
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità (World Health Organization – WHO)
ONG	Organizzazione Non Governativa
ONU	Organizzazione delle Nazioni Unite (United Nations – UN)
PATH	Programme for Appropriate Technology in Health
PHC	Primary Health Care
RGS	Ragioneria Centrale dello Stato
UNDP	United Nations Development Programme
UNICEF	United Nations Children's Fund
USAID	United States Agency for International Development
WB	World Bank
WHA	World Health Assembly

Introduzione

Nel 2015, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, più di 5,9 milioni di bambini sono morti prima di aver raggiunto i cinque anni di età; il dato presenta forti disparità a livello regionale: 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 nei Paesi più sviluppati. Più della metà di questi decessi precoci è dovuta a cause prevenibili; basti pensare che nel 2008 circa 1,5 milioni di bambini morivano a causa di malattie prevenibili grazie alle vaccinazioni.

La comunità internazionale ha affrontato a più riprese il tema dell'immunizzazione. Ad esempio, nel 2012 venne adottato il Piano d'Azione Globale per l'Immunizzazione da parte dei 194 Membri dell'Assemblea Mondiale della Sanità con l'intenzione di prevenire milioni di morti attraverso un più equo e sostenibile accesso ai vaccini per tutti. Più di recente, nel febbraio 2016, si è tenuta la Conferenza Ministeriale dell'Unione Africana sull'Immunizzazione in occasione della quale i leader africani si sono riuniti per discutere il problema dell'accessibilità ai vaccini anche alla luce del fatto che un bambino su cinque in Africa non ha attualmente tale possibilità. Nella Dichiarazione conclusiva, i partecipanti si sono impegnati ad aumentare gli sforzi e a mobilitare maggiori risorse a favore dei programmi di immunizzazione, chiedendo allo stesso tempo ai Paesi partner un aiuto nelle negoziazioni con le case farmaceutiche affinché siano assicurati vaccini economicamente più accessibili e maggiore trasparenza nei prezzi.

Nei primi anni 2000, il tema dell'immunizzazione è stato motivo della creazione dell'Alleanza Globale per le Vaccinazioni (GAVI), che fino a oggi ha assicurato l'immunizzazione di oltre 400 milioni di bambini. L'Italia sostiene il GAVI dal 2006, finanziando i suoi principali strumenti (*Advanced Market Commitments*, *International Finance Facility for Immunisation* e *GAVI Matching Fund*). Il 27 gennaio del 2015, durante "Reach Every Child", la conferenza dei donatori del GAVI per il periodo 2016–2020, ospitata dal governo tedesco a Berlino, il nostro Paese – attraverso l'allora Viceministro Pistelli – si è inoltre impegnato a versare contributi diretti pari a 120 milioni di dollari, in aggiunta a quanto già impegnato su un periodo ventennale.

Con il presente *policy paper*, ActionAid intende offrire una riflessione circa il ruolo e il modello operativo dell'Alleanza Globale per le Vaccinazioni (GAVI) e – in questo quadro – qual è stato e quale sarà in futuro il contributo italiano all'Alleanza.

Si evidenzieranno a questo proposito anche valore aggiunto e criticità delle grandi partnership globali per la salute, che hanno segnato un cambiamento nel paradigma della cooperazione allo sviluppo e si sono imposte quale strategia di governance e azione per affrontare le grandi emergenze sanitarie mondiali, come le grandi pandemie e gli alti tassi di mortalità materno-infantile.

Si procederà inoltre ad analizzare le strategie di salute globale e della salute materno infantile portate avanti dall'Italia per verificarne orientamento ed evoluzione.

ActionAid presenta quindi alle istituzioni alcune raccomandazioni in merito all'importanza di continuare a sostenere l'azione del GAVI nella salvaguardia, però, dell'approccio sistemico italiano a favore di una maggiore integrazione con i Piani sanitari nazionali dei Paesi beneficiari.



crescere

1. L'Alleanza Globale per le Vaccinazioni (GAVI)

L'Alleanza Globale per le Vaccinazioni (GAVI) è uno degli esempi più noti di partenariato globale fra pubblico e privato che ha lo scopo di migliorare l'accesso all'immunizzazione per la popolazione dei Paesi in via di sviluppo, intervenendo a sostegno dei Paesi che non hanno accesso a le cure o alla risorse necessarie. Riunisce 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, l'industria dei vaccini, varie organizzazioni della società civile, la Fondazione Bill & Melinda Gates e altri filantropi privati¹: tutti soggetti che condividono lo scopo di “generare uguale accesso a vaccini nuovi e sottoutilizzati per i bambini che vivono nei Paesi più poveri del mondo”² e vi contribuiscono mettendo in campo capacità e risorse secondo le loro possibilità.

I Paesi beneficiari di supporto contribuiscono ai costi dell'immunizzazione (secondo la linea politica di co-finanziamento del GAVI), ma anche all'implementazione e al monitoraggio delle attività. Analogamente, le organizzazioni della società civile e le varie agenzie ONU forniscono supporto tecnico e scientifico, oltre che personale qualificato e supporto nella definizione delle politiche.

Nello specifico, l'Alleanza – nata all'inizio degli anni duemila – promuove dodici vaccini: il vaccino pentavalente (difterite, tetano, pertosse, epatite B e Haemophilus influenzae tipo B) e i vaccini contro lo pneumococco, il rotavirus, la polio, il morbillo, la rosolia e il papilloma virus (HPV). Dal 2006, inoltre, essa sostiene anche il rafforzamento dei sistemi sanitari, nell'ottica di supportare l'accesso ai servizi di immunizzazione nei Paesi beneficiari.

1.1 Origini

Sulla spinta del successo registrato dalla campagna per l'eradicazione del vaiolo³, nel 1974 OMS e UNICEF insieme ad altri partner – tra i quali il Programma delle Nazioni Unite per lo Sviluppo (UNDP), diverse agenzie bilaterali, il Rotary International, la Fondazione Rockefeller e Medici Senza Frontiere (MSF) – lanciarono il Programma Ampliato di Immunizzazioni (*Expanded Programme on Immunization*, EPI).

L'EPI si poneva come obiettivo l'immunizzazione universale dei bambini nel primo anno di vita contro sei malattie (difterite, tetano, pertosse, tubercolosi, morbillo e polio) e ottenne grandi successi, portando la copertura vaccinale dal 20% all'inizio degli anni Settanta a circa l'80% alla fine degli anni Ottanta. All'inizio degli anni Novanta il Programma subì tuttavia un forte rallentamento, assistendo a un drammatico arretramento nella frequenza delle vaccinazioni di base⁴: se nel 1990, infatti, si registrava una copertura globale del 76%, all'alba del nuovo millennio questa era calata di ben tre punti percentuali⁵.

La comunità internazionale iniziò dunque a cercare risposte alternative, scontrandosi però con serie difficoltà legate a tensioni tra varie agenzie⁶ e attori coinvolti, relative a questioni inerenti finanziamento e problemi organizzativi: è il caso della *Children's Vaccine Initiative* (CVI), fondata da OMS e Fondazione Rockefeller con l'obiettivo di stimolare gli investimenti per lo sviluppo di nuovi vaccini, che non raggiunse mai l'obiettivo. In assenza di nuovi approcci alla questione dell'immunizzazione, la Fondazione Bill & Melinda Gates offrì ai maggiori attori internazionali un impegno per 750 milioni di dollari statunitensi, a condizione che si unissero in un'iniziativa globale basata sul modello del partenariato pubblico-privato. Nel 2000, dunque, istituzioni internazionali, governi, settore privato e società civile fondarono l'Alleanza

1 <http://www.gavi.org/Library/Publications/GAVI-fact-sheets/Gavi-factsheet--about-the-Vaccine-Alliance/>.

2 <http://www.gavi.org/about/>.

3 Lanciata dall'OMS il 1 gennaio 1967.

4 Si fa riferimento al vaccino DTP3 (difterite, tetano, pertosse), il più importante indicatore utilizzato come misura diretta di funzionamento delle strategie di immunizzazione. Nello specifico, si valuta come elemento positivo la ricezione di tre dosi di vaccino.

5 OMS/UNICEF, “Progress Towards Global Immunization Goals – 2012”, Luglio 2013.

6 Come sottolinea Moran, nel “The 800 pound gorilla”: The Bill & Melinda Gates Foundation, the GAVI Alliance and philanthropy in international public policy”: l'OMS veniva accusata in particolare di essere una “farraginosa burocrazia” e le venivano attribuiti fallimenti, soprattutto da parte di vari settori interni alla politica USA, che in definitiva spinsero verso l'adozione di nuovi approcci e culture organizzative più commerciali (business-like).

Globale per le Vaccinazioni⁷.

Nella nascita del GAVI, come accennato, fu determinante il ruolo della Fondazione Bill & Melinda Gates, ruolo confermato poi negli anni, arrivando nel 2014 complessivamente a investire circa 1,6 miliardi di dollari⁸. Ma ad averne promosso e guidato l'istituzione vi furono anche il *Programme for Appropriate Technology in Health* (PATH)⁹, la *International Federation of Pharmaceutical Manufacturers Association* (IFPMA)¹⁰, la Banca Mondiale, la *US Agency for International Development* (USAID), l'OMS e l'UNICEF. Accanto a questi, altri donatori bilaterali e i governi dei Paesi in via di sviluppo hanno avuto un ruolo molto più marginale, almeno nelle prime fasi di formazione dell'Alleanza¹¹.

1.2 Struttura

Il gruppo GAVI è costituito da:

- *GAVI Alliance* (GAVI), dal 2009 fondazione di diritto svizzero con sede a Ginevra, ma originariamente istituita come un partenariato senza una struttura legale propria, ospitato dall'UNICEF.
- *GAVI Campaign*, organizzazione non profit statunitense¹², basata a Washington DC. Nata con il solo proposito di sostenere il lavoro dell'Alleanza, facilitando il coinvolgimento del settore privato, la raccolta fondi e l'attività di promozione negli Stati Uniti. *GAVI Alliance* ne è l'unico socio.
- *International Finance Facility for Immunisation* (IFFIm), registrata come non profit nel Regno Unito, utilizza impegni pluriennali di donatori governativi come garanzie per piazzare sul mercato globale dei capitali le sue obbligazioni finanziarie¹³ (c.d. *Vaccine Bonds*). Creata nel 2006 dall'Alleanza con lo scopo di migliorare la disponibilità e la prevedibilità dei fondi destinati ai programmi.

1.3 Governance

Consiglio di Amministrazione (Board)

Il *Board* definisce le politiche del GAVI e gestisce le operazioni e il monitoraggio delle attività di promozione dell'immunizzazione e rafforzamento dei sistemi sanitari nazionali dell'Alleanza, assicurando che le istituzioni e i diversi gruppi di riferimento (*constituencies*) coinvolti possano formalmente contribuire allo sviluppo del programma.

Esso è attualmente composto da ventotto seggi: dieci destinati ai governi (rispettivamente cinque a Paesi donatori e cinque ai beneficiari), due all'industria dei vaccini, cinque rappresentanti di organizzazioni o altre parti interessate (es. OMS, Banca Mondiale, UNICEF, Fondazione Bill & Melinda Gates), uno alle organizzazioni della società civile, nove attribuiti a personalità indipendenti o "non affiliati" (singoli individui con collegamenti professionali al lavoro del GAVI che assicurano la presenza di competenze specifiche in ambiti critici dell'attività dell'Alleanza quali investimenti, controllo e raccolta fondi) e un seggio appartiene *ex-officio* al Direttore esecutivo (CEO). UNICEF, OMS, Banca Mondiale e Fondazione Bill & Melinda Gates

7 Decisione GAVI/99.01.

8 <http://www.gatesfoundation.org/about/Pages/foundation-fact-sheet.aspx>.

9 Organizzazione internazionale no profit impegnata nell'innovazione tecnologica e scientifica a favore del miglioramento delle condizioni di salute nei Paesi in via di sviluppo.

10 Associazione di rappresentanza delle compagnie bio-farmaceutiche, a livello sia regionale sia nazionale (ad es. per l'Italia ne fa parte l'AIFA, Agenzia Italiana del Farmaco).

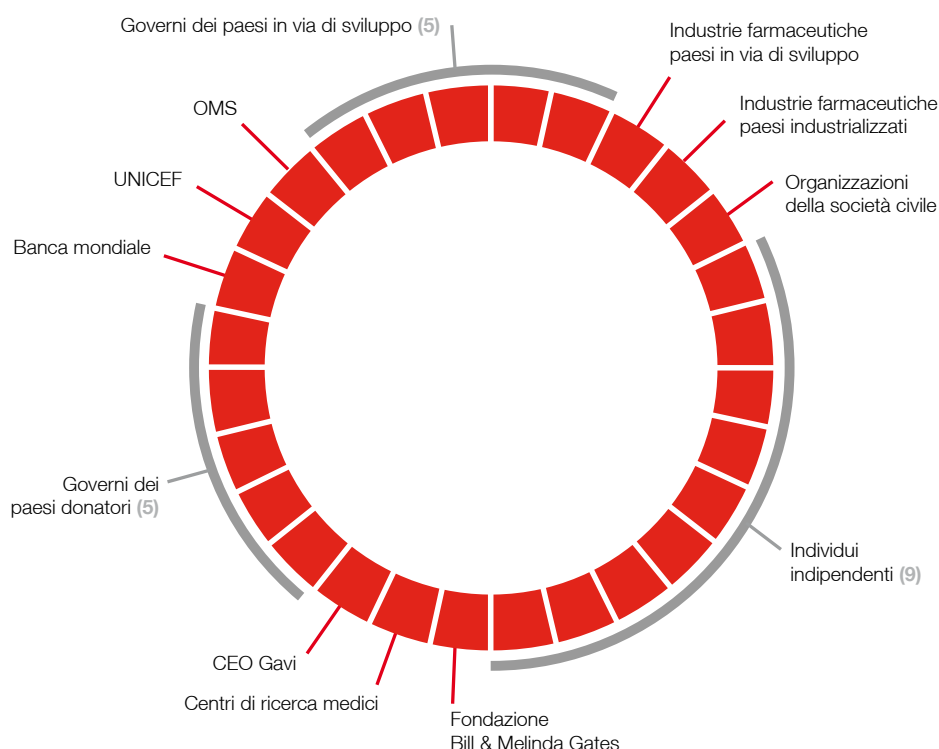
11 A. Harmer, C. Bruen, "Global Alliance for Vaccines and Immunizations", Polity Press, Cambridge, 2011.

12 Sulla base della sezione 501(c)(3) del Codice delle entrate domestiche degli Stati Uniti (*United States Internal Revenue Code*), questo status di non profit permette al 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 al GAVI senza assumere responsabilità riguardo all'utilizzazione dei fondi.

13 Titoli di debito emessi da società o enti pubblici (un esempio sono i Titoli di Stato). Alla loro scadenza attribuiscono al possessore il diritto al rimborso del capitale prestato all'emittente, più un interesse su tale somma.

hanno un seggio permanente, mentre gli altri sono a rotazione. Ciascun membro del Consiglio è eletto per un periodo di tre anni, rinnovabile una sola volta.

Fig. 1 - Composizione del Consiglio di Amministrazione del GAVI



Fonte: Elaborazione di ActionAid su grafico GAVI, marzo 2016

Segretariato

Gli uffici del Segretariato si dividono fra Ginevra e Washington DC; esso si occupa di assistere il *Board* ed 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'amministrazione¹⁴.

1.4 Funzionamento

Al 31 dicembre 2015, avevano contribuito al GAVI 24 Paesi¹⁵, la Commissione europea e diverse organizzazioni private commerciali e filantropiche¹⁶. I Paesi beneficiari¹⁷ invece erano 77.

- 14 Dalla fine del 2009, il GAVI ha predisposto una funzione di controllo interno indipendente (*internal audit*), 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.
- 15 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, Sudafrica, Svezia.
- 16 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).
- 17 Afghanistan, Albania, Angola, Armenia, Azerbaigian, Bangladesh, Benin, Bhutan, Bolivia, Bosnia ed Erzegovina, Burkina Faso, Burundi, Cambogia, Camerun, Repubblica Centrafricana, Ciad, Cina, Comore, Congo, Repubblica Democratica del Congo, Costa d'Avorio, Cuba, Gibuti, Eritrea, Etiopia, Gambia, Georgia, Ghana, Guinea, Guinea Bissau, Guyana, Haiti, Honduras, India, Indonesia, Kenya, Kiribati, Corea del Nord, Repubblica del Kirghizistan, Repubblica Popolare Democratica del Laos, Lesotho, Liberia, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritania, Moldavia, Mongolia, Mozambico, Birmania, Nepal, Nicaragua, Niger, Nigeria, Pakistan, Papua Nuova Guinea, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Senegal, Sierra Leone, Isole Salomone, Somalia, Sri Lanka, Sud

I Paesi qualificati per ricevere sostegno da parte del GAVI¹⁸ stabiliscono i loro bisogni rispetto all'immunizzazione, fanno richiesta per l'appoggio finanziario e sorvegliano la realizzazione dei loro programmi di vaccinazione attraverso l'istituzione degli *Inter-Agency Coordinating Committee* (ICC), organi presieduti dai Ministeri della salute nazionali, che coordinano agenzie e partner coinvolti nelle attività del GAVI¹⁹.

Secondo la linea politica di cofinanziamento del GAVI, i Paesi riceventi devono inoltre contribuire con propri fondi all'acquisto dei vaccini²⁰ al fine rafforzare l'*ownership* e la sostenibilità dei programmi di immunizzazione sul lungo termine: il cofinanziamento non riguarda le campagne di immunizzazione (finanziate totalmente dal GAVI), ma si riferisce alle vaccinazioni routinarie. I contributi del cofinanziamento non vengono pagati al GAVI, ma vengono convertiti – a partire dal prezzo di costo – in un certo numero di dosi per le quali è il Paese beneficiario ad essere responsabile.

Il meccanismo finanziario del GAVI a sostegno dei vaccini per i Paesi in via di sviluppo non è infatti diretto solo alla loro fornitura, ma anche a promuoverne lo sviluppo e la produzione.

1.5 Finanziamento

Il GAVI è finanziato attraverso due canali: a) contributi diretti da parte delle *constituencies* che ne fanno parte; b) meccanismi finanziari innovativi (IFFIm, AMC e GAVI Matching fund), per favorire la disponibilità di fondi e migliorarne la prevedibilità.

In totale, dalla sua creazione fino al 2034 sono stati impegnati dai sostenitori del GAVI 23,5 miliardi di dollari²¹, 12 dei quali effettivamente trasferiti al GAVI al 31 dicembre 2015²².

Tabella 1 - Impegni verso il GAVI al 31 dicembre 2015 (milioni di dollari US)

Donatori	Contributi diretti	Matching Fund	AMC	IFFIm	TOTALE
Governi donatori e Commissione Europea	11.447	72	1.450	6.283	19.252
Fondazioni, organizzazioni e imprese	3.999	241	50	0	4.290
TOTALE	15.446	313	1.500	6.283	23.542

Al momento l'Alleanza si è impegnata a sborsare 11 miliardi di dollari statunitensi entro il 2020, la maggior parte dei quali diretti a facilitare l'accesso ai vaccini, con componenti ridotte destinate al rafforzamento dei servizi di immunizzazione dei sistemi sanitari. Di questi 11 miliardi, dall'inizio delle sue attività a fine 2015²³, ne sono stati già erogati 9,4 nei confronti di 77 Paesi. In questo modo il GAVI è divenuto il terzo maggior finanziatore multilaterale in sanità, dopo il Fondo Globale per la lotta contro l'AIDS, la Malaria

Sudan, Sudan, Repubblica del Tagikistan, Tanzania, Timor Est, Togo, Turkmenistan, Uganda, Ucraina, Uzbekistan, Vietnam, Yemen, Zambia, Zimbabwe. <http://www.gavi.org/country/all-countries-commitments-and-disbursements/>.

18 Per essere eleggibili a ricevere aiuti dal GAVI, i Paesi devono avere un Reddito nazionale lordo (RNL) al di sotto di 1570 dollari statunitensi pro capite (annualmente rivisto in base all'inflazione).

19 Le principali funzioni di un ICC sono: dare input al Ministero della Salute del Paese per lo sviluppo di una policy nazionale sulle immunizzazioni; supportare il Ministero della Salute nella mobilitazione di risorse; fornire supporto tecnico; valutare e monitorare l'implementazione dei piani di immunizzazione.

20 La tipologia di cofinanziamento varia a seconda dell'inquadramento del Paese: i Paesi a basso reddito contribuiscono con un ammontare fisso per dose, indipendentemente dal costo del vaccino usato, pari a 0,20 dollari statunitensi; i Paesi "Fase 1" e "Fase 2" contribuiscono con un ammontare progressivamente incrementale, pari al 15% annuo, fino a raggiungere il pieno finanziamento. Da: <http://www.gavi.org/Library/GAVI-documents/Policies/Gavi-Co-financing-policy/>.

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

22 <http://www.gavi.org/Library/GAVI-documents/Funding/cr/Cash-Receipts-31-December-2015/>.

23 All countries commitments and disbursements. <http://www.gavi.org/country/all-countries-commitments-and-disbursements/>.

e la Tubercolosi²⁴ e la Banca Mondiale.

A) International Finance Facility for Immunisation (IFFIm)

Il concetto di IFF (*International Finance Facility*) è stato sviluppato nel 2003 dal governo britannico²⁵ con l'assistenza della banca d'affari Goldman Sachs²⁶, con l'obiettivo di rendere immediatamente disponibili grandi quantità di risorse per le attività gestite da istituzioni nazionali ed internazionali, mediante la collocazione di *bond* sui mercati finanziari internazionali.

Proprio la capacità di anticipazione delle risorse e la buona prevedibilità degli investimenti hanno rappresentato gli elementi chiave per il GAVI, che con l'IFFIm può permettere un'offerta regolare, con un'effettiva espansione della copertura dei servizi di immunizzazione, e consentire il contenimento del prezzo internazionale dei vaccini²⁷.

A livello di struttura, IFFIm è dotata di autonoma personalità giuridica e di un proprio Consiglio di Amministrazione. Essa riceve supporto amministrativo dal Segretariato del GAVI, mentre la Banca Mondiale le fornisce i servizi di tesoreria, gestione del rischio e contabilità: grazie a questo, l'IFFIm è stato classificato come un ente a rischio zero - al pari di una banca di sviluppo multilaterale - e in seguito incorporata come società di beneficenza (*charity*) in Gran Bretagna a giugno 2006.

Tabella 2 – Ammontare impegnato da ciascun Paese donatore

Paese	Ammontare impegnato (equivalente in dollari statunitensi)
Regno Unito	2.980 milioni in 23 anni
Francia	1.720 milioni in 20 anni
Italia	635 milioni in 20 anni
Norvegia	264 milioni in 15 anni
Australia	256 milioni in 20 anni
Spagna	240 milioni in 20 anni
Paesi Bassi	114,4 milioni in 12 anni
Svezia	38 milioni in 15 anni
Sudafrica	20 milioni in 20 anni

Fonte: Elaborazione di E. Missoni per conto di ActionAid sui dati pubblicati dal GAVI, marzo 2016

I direttori di IFFIm sono membri del Consiglio, responsabili dei piani strategici - di cui supervisionano l'implementazione - e delle funzioni di monitoraggio date in gestione al GAVI e alla Banca Mondiale.

L'IFFIm emette dunque dei titoli obbligazionari (*IFFIm bonds*) 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. Allo stato attuale nove Paesi donatori lo supportano, seppur con livelli di impegno diversi: Regno Unito, Italia, Francia, Spagna, Svezia, Norvegia, Australia, Paesi Bassi e Sudafrica²⁸.

24 A dicembre 2015, il GFATM annunciava impegni per 35 mld di dollari statunitensi e erogazioni pari a 27 mld di dollari statunitensi.

25 "UK Treasury Paper", 2003.

26 Fondata nel 1869, The Goldman Sachs Group Inc. è una delle più grandi banche d'affari del mondo. Si occupa principalmente di investimenti bancari e azionari, di risparmio e di altri servizi finanziari, prevalentemente con investitori istituzionali (multinazionali, governi e privati) e fornisce servizi di consulenza su piani di acquisizioni e fusioni fra aziende, sottoscrizioni di titoli di debito, gestione delle risorse finanziarie. Ha sede legale a Manhattan, con filiali importanti anche nei principali centri finanziari mondiali (Londra, Francoforte, Tokyo, Hong Kong).

27 Pearson et al, 2011.

28 <http://www.iffim.org/donors>.

FOCUS: Punti di forza e di debolezza dell'IFFIm

Punti di forza	Punti di debolezza
Il successo dei <i>bond</i> 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. Un altro punto di forza importante è la sua trasparenza, registrata sia nella raccolta dei fondi, sia nelle strategie, nelle politiche, nel <i>reporting</i> finanziario - della performance e del rischio -, nell'<i>accountability</i>, nell'emissione di titoli e nella gestione delle risorse. Questo ha contribuito a dare all'IFFIm sia credibilità sia elevato consenso tra i Paesi donatori e gli <i>stakeholder</i>²⁹.	Ci sono tre rischi principali in cui l'IFFIm può incorrere: la perdita della Banca Mondiale nel ruolo di Tesoreria, che determinerebbe una caduta di credibilità per l'IFFIm, oltre che del rischio ponderato allo 0% e dello status sovranzionale; la perdita della tripla A³⁰, che determinerebbe una flessione nell'accoglienza positiva da parte dei mercati e un aumento dei costi dei <i>bond</i>; il superamento del <i>Gearing Ratio Limit</i> (GRL)³¹, che aprirebbe la possibilità che l'IFFIm non possa ripagare i suoi debiti. Il rischio maggiore è però la concentrazione dei donatori (Francia e Regno Unito, che contribuiscono per il 75% del totale): un <i>downgrade</i> di questi Paesi avrebbe infatti un impatto negativo sproporzionato sull'<i>outlook</i> dell'IFFIm.

B) Advance Market Commitments (AMC)

Gli AMC sono 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.

L'idea alla base degli AMC fu introdotta per la prima volta da Kremer³² nel 2001 e discussa più in dettaglio nel 2005, da un gruppo di esperti del *Center for Global Development* (CGD)³³, in un report che raccomandava alla comunità dei donatori di adottare il progetto.

Nel febbraio 2007 l'Alleanza GAVI, la Banca Mondiale, l'OMS, l'UNICEF, la Fondazione Bill & Melinda Gates e i governi di Italia, Canada, Russia, Norvegia e Regno Unito lanciarono il primo progetto sugli AMC, impegnando fondi "in anticipo sul mercato", per assicurare l'acquisto dei vaccini una volta resi disponibili dall'industria.

L'impegno assunto dai governi incentiva i processi di ricerca e sviluppo di nuovi farmaci e vaccini, dando garanzie di ricavo all'industria che decide di investire in prodotti altrimenti senza mercato³⁴.

I donatori erogano dunque finanziamenti vincolati all'acquisto futuro di un vaccino che non è stato ancora pienamente sviluppato e, in cambio, le case farmaceutiche si impegnano a mettere in vendita i prodotti con standard qualitativi definiti e a un prezzo sostenibile anche oltre la fine dei sussidi.

Tramite l'implementazione di questo sistema, si spera di superare due ostacoli centrali per i mercati di nuovi vaccini: da un lato la difficoltà, per alcune industrie farmaceutiche, di recuperare gli ingenti investimenti necessari allo sviluppo e produzione dei vaccini per il mercato dei Paesi in via di sviluppo; dall'altro, il problema che diverse agenzie di finanziamento e i Paesi poveri adottino vaccini che nel lungo termine assumano prezzi proibitivi.

29 Pearson et al., 2011.

30 La "trippla A" corrisponde al giudizio massimo (rating) delle obbligazioni, ovvero la valutazione di massima solvibilità. In pratica la tripla A offre al sottoscrittore/acquirente garanzie di rimborso del prestito obbligazionario alla scadenza e il pagamento degli interessi periodici.

31 Il GR (gearing ratio) è l'indice di solidità patrimoniale, che evidenzia la capacità di un soggetto di essere solvibile rapportando il debito al capitale proprio. Più esso è elevato e più alta è la rischiosità del titolo. L'imposizione di un limite (il GRL, appunto) dimostra l'esistenza di una lievissima possibilità che l'IFFIm non possa ripagare tutti i suoi debiti: ciò rappresenta una sicurezza sufficiente per gli investitori che l'IFFIm non lo supererà. (Pearson et al., 2011).

32 Michael Kremer è Professore di Studi sullo Sviluppo presso il Dipartimento di Economia dell'Università di Harvard e Senior Fellow alla Brookings Institution.

33 Think tank statunitense fondato nel 2001, si occupa di questioni di sviluppo internazionale.

34 Calí e Missoni, 2014.

Nonostante la fiducia riposta in ambito internazionale in questa iniziativa e gli studi analitici condotti dai promotori del progetto, non sono mancate le critiche sulle reali potenzialità.

In particolare, Sonderholm³⁵ delineava diverse criticità riguardo il funzionamento del meccanismo alla base degli AMC:

- il meccanismo degli AMC non creerebbe veramente un mercato, ma funzionerebbe come un meccanismo a premi. L'azienda farmaceutica che sviluppa per prima un farmaco che rispetta gli standard medici stabiliti 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 raggiungere gli standard medici richiesti, 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.
- Non si tiene conto della possibilità che nel futuro la domanda per quel determinato farmaco in cui l'azienda vincitrice ha investito possa crollare; inoltre, le industrie farmaceutiche - al fine di ottenere i fondi messi a disposizione - sarebbero fortemente incentivate a raggiungere il target stabilito dall'*Independent Adjudication Committee* (IAC), ma non ad andare oltre. Questi rappresentano altri due punti deboli nel sistema degli AMC.

Tutti i sostenitori di questo strumento innovativo di finanziamento sono pienamente consapevoli di questi rischi e si è discusso della necessità di stabilire un modo per limitarne gli effetti negativi, ma senza che si sia arrivati a vere e proprie soluzioni da mettere in pratica. Esiste infatti un problema teorico e pratico complesso da risolvere relativamente all'adozione di provvedimenti per limitare tali rischi senza cadere in contraddizioni (es. porre un obbligo per i governi dei Paesi beneficiari di accettare solo i farmaci con gli standard di performance più elevati si scontrerebbe con il "meccanismo premiante")³⁶.

C) GAVI Matching Fund

Il *GAVI Matching Fund*, è la più recente iniziativa del GAVI, costituita con l'obiettivo di mobilitare risorse per 260 milioni di dollari entro la fine del 2015. Nello specifico, il *Fund* si basa sull'impegno congiunto del governo britannico (tramite il Dipartimento per lo Sviluppo Internazionale, DFID) e della Fondazione Bill & Melinda Gates di mettere a disposizione 130 milioni di dollari, a fronte di un equivalente ammontare fornito da fondazioni, imprese e loro partner, clienti e personale. Associandosi a questa iniziativa, i nuovi partner non solo contribuiscono al finanziamento del GAVI, ma aggiungono visibilità ai temi e alle iniziative dell'Alleanza, apportando anche specifiche competenze utili ad affrontare le sfide tecnologiche e logistiche nel campo delle immunizzazioni³⁷.

1.6 Risultati

Tra il 2000 e il 2013, il GAVI ha assicurato l'immunizzazione di 440 milioni di bambini, portando la copertura vaccinale dal 70 all'83%³⁸, contribuendo così alla riduzione della mortalità dei bambini sotto i 5 anni di età. Il GAVI inoltre ha sostenuto il rafforzamento dei sistemi sanitari migliorando lo stoccaggio e la fornitura di vaccini e stimolando a tutti i livelli la ricerca e lo sviluppo di vaccini. Un altro grande merito del GAVI è l'aver 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 funzionante³⁹.

35 Jorn Sonderholm è Assistant Professor presso l'Università di Aalborg, esperto di politiche di welfare e etica della salute pubblica. Ha analizzato lo strumento degli AMC nell'articolo "A theoretical flaw in the advance market commitment idea", pubblicato sul *Journal of medical ethics*.

36 Il "meccanismo premiante" degli AMC privilegia maggiormente il fattore tempo: in altre parole, l'azienda farmaceutica che sviluppa in meno tempo un vaccino che risponde agli standard stabiliti ma non li supera potrebbe aggiudicarsi i fondi stanziati, a scapito di un'altra che produce un vaccino che supera gli standard qualitativi ma che impiega più tempo.

37 DFID ha formulato un impegno di 80 milioni di dollari, mobilitabili a fronte di altrettanti impegnati da parte di aziende britanniche. La Fondazione Bill & Melinda Gates si è invece impegnata a mobilitare 50 milioni di dollari a fronte di altrettanti contributi di imprese private.

38 www.gavi.org.

39 Cfr. Sixty-fifth World Health Assembly, resolutions and decisions annexes, Ginevra, 21-26 maggio 2012, pag. 26. Consultabile

Esistono numerose valutazioni esterne della performance del GAVI⁴⁰ che descrivono il suo sostegno ai Paesi come un intervento con un buon rapporto costo-efficacia⁴¹ e anche alcuni partner bilaterali (Regno Unito⁴², Svezia⁴³ e Australia⁴⁴) hanno condotto valutazioni sul GAVI in termini di valore aggiunto, efficacia dell'aiuto, allineamento e rilevanza per le loro politiche di sviluppo, traendone risultati favorevoli e indicando nel GAVI un esempio in termini di costo-efficacia, innovazione e trasparenza⁴⁵.

Tuttavia, il GAVI non è stato esente da critiche, riassumibili come segue:

- scarso allineamento fra attività e strategie del GAVI, al quale si sollecita la necessità di una migliore definizione delle priorità nell'assegnazione delle risorse;
- limitata attenzione al monitoraggio e alla valutazione e debole rendiconto (*accountability*) verso i partner esecutori;
- basso rendimento della performance riguardante l'obiettivo della riduzione dei prezzi dei vaccini e il rafforzamento dei sistemi sanitari per gli ambiti relativi all'immunizzazione;
- conseguenze negative per la sostenibilità finanziaria dei Paesi e del modello di finanziamento causate dalla scelta dei vaccini.

Molte delle critiche iniziali legate a un approccio eccessivamente verticale sono state prese in considerazione dal GAVI, che nella seconda strategia (2007-2010)⁴⁶ ha previsto l'inclusione nelle proposte di finanziamento di azioni a supporto dello sviluppo dei sistemi sanitari. Tale maggiore grado di flessibilità, unito al livello di discrezionalità consentito ai Paesi nella formulazione delle loro proposte, ha fornito qualche evidenza circa i vantaggi offerti⁴⁷.

Anche il nuovo approccio del GAVI al rafforzamento dei sistemi sanitari non è tuttavia rimasto esente da critiche: negli ultimi anni è infatti cresciuta la necessità di un approccio di sistema. Nonostante la dedizione all'approccio specializzato ai vaccini, il GAVI ha dunque introdotto il rafforzamento dei sistemi sanitari tra i principi chiave della sua missione, rimanendo però aperta la necessità di una più chiara definizione di questo mandato.

1.7 Partecipazione dell'Italia all'Alleanza Globale per le Vaccinazioni

Secondo la lettura che il GAVI fa dei principi guida della Cooperazione italiana 2014-2016 in tema di salute globale⁴⁸, la strategia italiana sarebbe "ben allineata alla *mission* del 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 coincidono con quelli destinatari delle iniziative del GAVI⁴⁹. Il documento di programmazione triennale 2015-2017⁵⁰ specifica 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".

all'indirizzo: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65-REC1/A65_REC1-en.pdf.

40 <http://www.gavi.org/results/evaluations/>.

41 Per "rapporto costo-efficacia" si intende una tecnica di valutazione molto utilizzata in ambito sanitario, per confrontare programmi e interventi sanitari alternativi. Esso prende in considerazione costi e conseguenze dirette: a parità di efficacia verrà preferita l'alternativa con costo unitario minore o, a parità di costo, l'alternativa con il flusso massimo di efficacia.

42 "Multilateral Aid Review: Assessment of GAVI Alliance", 2011. Consultabile all'indirizzo https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/224870/GAVI-Alliance.pdf.

43 Ministry for Foreign Affairs, Department for Multilateral Development Cooperation, "Swedish assessment of the GAVI alliance, 2011. Consultabile all'indirizzo <http://www.government.se/contentassets/4d781a9b2c00471f96f239639a0a7fdf/swedish-assessment-of-the-gavi-alliance-2011>.

44 AUSAID, "Australian Multilateral Assessment", maggio 2012.

45 Banca Mondiale, 2014.

46 [http://www.gavi.org/about/strategy/phase-ii-\(2007-10\)/](http://www.gavi.org/about/strategy/phase-ii-(2007-10)/).

47 Goeman et al., 2010.

48 MAECI, "La Cooperazione Italiana allo Sviluppo nel Triennio 2014-2016. Linee guida e indirizzi di programmazione", marzo 2014.

49 <http://www.gavi.org/funding/donor-profiles/italy/>.

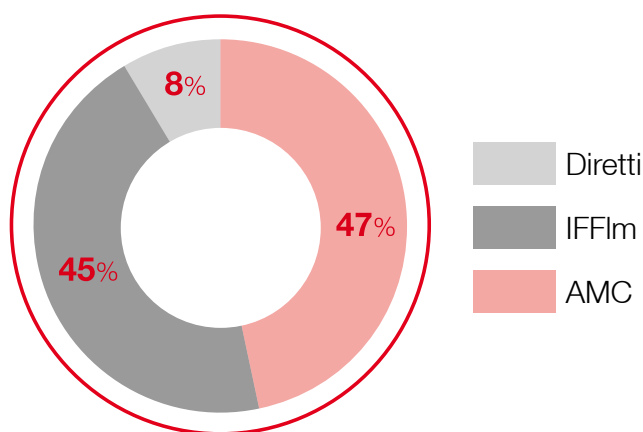
50 MAECI, "Un mondo in comune: solidarietà, partnership, sviluppo", Documento triennale di programmazione e indirizzo (2015-2017), giugno 2015.

Partecipazione finanziaria

Alla ricerca di fonti alternative di finanziamento dell'Aiuto Pubblico allo Sviluppo (APS), l'Italia partecipa dal 2006 insieme ad altri Paesi a nuove modalità di finanziamento basate sul mercato. In particolare, l'Italia sostiene l'IFFIm e si è fatta promotrice dell'applicazione del modello teorico sviluppato da Kremer e collaboratori per l'iniziativa AMC. Inoltre, in occasione della conferenza dei donatori tenutasi a Berlino nel 2015, l'Italia ha promesso un contributo diretto al GAVI di 120 milioni di dollari per il periodo 2016-2020⁵¹, sul quale la Fondazione Bill & Melinda Gates ha annunciato un *matching* di 50 milioni di dollari. La Relazione annuale della Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo circa le attività di cooperazione del 2014 indica, fra le finalità principali del contributo italiano: il rafforzamento del GAVI quale efficace strumento di cooperazione; il mantenimento dell'impegno preso in ambito G7 sul tema della salute globale e un ulteriore contributo all'emergenza Ebola⁵².

D'altro canto, gli studiosi McCoy e Brickci⁵³ hanno osservato che la promozione di strumenti di finanza innovativa è stata a volte (ad es. nel caso dell'Italia) una tecnica dei donatori per distrarre l'attenzione circa i reali impegni presi, così come un modo per non affrontare la necessità di nuovi accordi globali per un trasferimento sistematico di risorse verso i Paesi a reddito più basso⁵⁴.

Fig. 2 - Contributi Italia al GAVI %



Fonte: Elaborazione di ActionAid su dati GAVI, marzo 2016

A) Italia e International Finance Facility for Immunisation (IFFIm)

L'Italia partecipa al GAVI dal 2006, ovvero da quando è stata tra i fondatori di IFFIm; è il terzo maggior contribuente, con un impegno ventennale per 614 milioni di dollari. Nel 2011, alla conferenza dei donatori

51 <http://www.gavi.org/funding/donor-profiles/italy/>.

52 Relativamente all'Ebola, il GAVI ha sperimentato due vaccini e, parallelamente, ha avviato negoziati con nuovi fornitori per la produzione di un vaccino c.d. "di seconda generazione", che tenga conto della necessaria termostabilizzazione del prodotto. Esso sta inoltre intervenendo nei tre Paesi colpiti dall'epidemia per riavviare i programmi di immunizzazione di routine. Il Consiglio di Amministrazione ha approvato nel dicembre 2014 un finanziamento per affrontare l'emergenza, al di fuori dei contributi del replenishment, di 390 milioni di dollari, 100 milioni dei quali disponibili sin da subito dalle risorse correnti.

53 D. McCoy, N. Brickci, "Where Next for International Financing for Health Systems?", Bulletin of the World Health Organization, 2010.

54 Nel 2005 Regno Unito, Francia, Italia, Spagna e Svezia impegnano circa 4 miliardi di dollari per supportare il lavoro del GAVI attraverso il lancio di IFFIm, ma è solo a novembre del 2006 che viene emesso il primo "Vaccine Bond". In questo periodo storico (da aprile 2005 a novembre 2006) l'Italia ha avuto due governi: il Governo Berlusconi III (dal 23 aprile 2005 al 17 maggio 2006) e il Governo Prodi II (dal 17 maggio 2006 all'8 maggio 2008). I titolari del Ministero dell'Economia e delle Finanze, in questo arco di tempo, sono stati ben quattro. Sotto il Governo Berlusconi abbiamo i ministri: Domenico Siniscalco (fino al 22/09/05), Giulio Tremonti (dal 22/09/05 al 08/05/06) e Silvio Berlusconi (che ricoprì ad interim il ruolo di Ministro dell'economia dall'08/05/06). Per il Governo Prodi II il titolare del dicastero è stato Tommaso Padoa Schioppa. Inoltre è importante ricordare che i fondi per la cooperazione (Legge 49/87) passavano da 588 milioni di euro dalla Legge Finanziaria 2005 ai 392 della Legge Finanziaria del 2006.

Per quanto riguarda gli AMC, il primo passo concreto è da far risalire al 9 Febbraio 2007, quando cinque Paesi (Canada, Italia, Norvegia, Russia e Regno Unito) e la Fondazione Bill & Melinda Gates impegnarono 1,5 miliardi di dollari per lanciare il primo AMC. Alla guida dell'Italia vi era sempre Romano Prodi con Tommaso Padoa Schioppa quale titolare del Ministero dell'Economia e delle Finanze. I fondi per la 49/87 da Legge finanziaria 2007 raggiungono il record dei 10 anni precedenti, arrivando a 646 milioni di euro.

(*pledging conference*) tenutasi a Londra, l'Italia ha anche annunciato contributi aggiuntivi all'IFFIm per 21 milioni, su di un periodo di 15 anni, arrivando ad un totale di 635 milioni di dollari statunitensi.

La partecipazione dell'Italia all'IFFIm fu autorizzata con la legge 266/2005⁵⁵: prevedendo un contributo globale da erogare con versamenti annuali fino al 2025, con un onere pari a 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 2008⁵⁶.

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 Immunisation* (IFFIm)": a partire dall'esercizio 2008, tale capitolo 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)"⁵⁷.

L'istituzione di uno specifico capitolo di spesa corrente nel bilancio (a seguito del *Grant Agreement*) ne assicura piena e irrevocabile copertura⁵⁸. Trattandosi di impegno pluriennale di natura vincolante ed internazionale - disposto con precedente legge finanziaria - il riferimento a tale impegno viene omesso nelle successive leggi di stabilità (lo stesso avviene per gli AMC).

B) Italia e Advance Market Commitments (AMC)

L'Italia ha un ruolo guida anche per l'AMC, di cui è il maggior donatore⁵⁹. Al 30 settembre 2015, il GAVI registrava contributi italiani all'AMC per 348,5 milioni di dollari, pari al 37,8% dei contributi ricevuti da tutti i donatori e, da un accordo del 2009⁶⁰, si prevede un contributo complessivo di 635 milioni di dollari da erogarsi in 12 anni (2008-2019).

Risalire alla rappresentazione contabile degli impegni per gli AMC risulta però complesso. Infatti il menzionato stanziamento è inserito nella legge finanziaria per il 2008, all'art.2 comma 373, come parte di una spesa comprensiva sia dei meccanismi innovativi (tra i quali si iscrive l'AMC, che però non sono esplicitamente menzionati) sia della cancellazione del debito dei Paesi poveri⁶¹. Nello specifico, gli impegni presi per gli AMC sono stati iscritti insieme ad altri nel capitolo 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 missione "Competitività e sviluppo delle imprese" (11), e precisamente nel paragrafo "Incentivi alle imprese per interventi di sostegno" (11.8).

Responsabilità nella gestione delle relazioni con l'Alleanza GAVI e del suo finanziamento con l'introduzione della Legge 125/14

L'Alleanza Globale per le Vaccinazioni, come ricordato al paragrafo 1.2, è formalmente una fondazione privata di diritto svizzero, non costituita in base ad un trattato internazionale. Il GAVI può infatti stabilire accordi con i singoli Stati, governati quindi da leggi nazionali⁶², non aventi tuttavia valore di trattato internazionale.

Ai fini pratici, in ogni caso, il GAVI rientra tra le organizzazioni multilaterali, seppure di tipo innovativo.

55 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2006)", 23 dicembre 2005.

56 Legge 266/2005, Comma 99.

57 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).

58 M.L. Calì, E. Missoni, "La finanza innovativa. La partecipazione italiana a IFFIm e AMC", in *Sistema Salute*, 2014; 58(4):440-52.

59 Il primo progetto pilota di AMC è stato lanciato nel 2007 da GAVI Alliance, Banca Mondiale, Organizzazione Mondiale della Sanità, UNICEF, Fondazione Bill & Melinda Gates e i governi di Italia, Canada, Russia, Norvegia e Regno Unito.

60 "Grant Agreement relating to the Advance Market Commitment for Pneumococcal Vaccines Initiative", accordo firmato il 16 giugno 2009 tra Ministero dell'Economia e delle Finanze, International Bank for Reconstruction and Development (IBRD) e GAVI.

61 La Legge 24 dicembre 2007, n. 244 art.2 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".

62 L. Clarke, "Public-Private Partnerships and Responsibility under International Law. A Global Health Perspective", Routledge, Oxon, 2014, p. 48-49.

Pertanto, la Legge 125/14 mantiene la responsabilità del Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale per le relazioni con gli organismi multilaterali, mentre l'Agenzia Italiana di Cooperazione allo Sviluppo (AICS) provvede all'erogazione di contributi⁶³.

Fino ad oggi l'Italia non ha erogato finanziamenti diretti al GAVI, partecipando piuttosto attraverso IFFIm e AMC. Come anticipato, però, essa ha annunciato un contributo di 120 milioni di dollari per il periodo 2016-2020⁶⁴, che pertanto rappresenteranno una novità rispetto al passato.

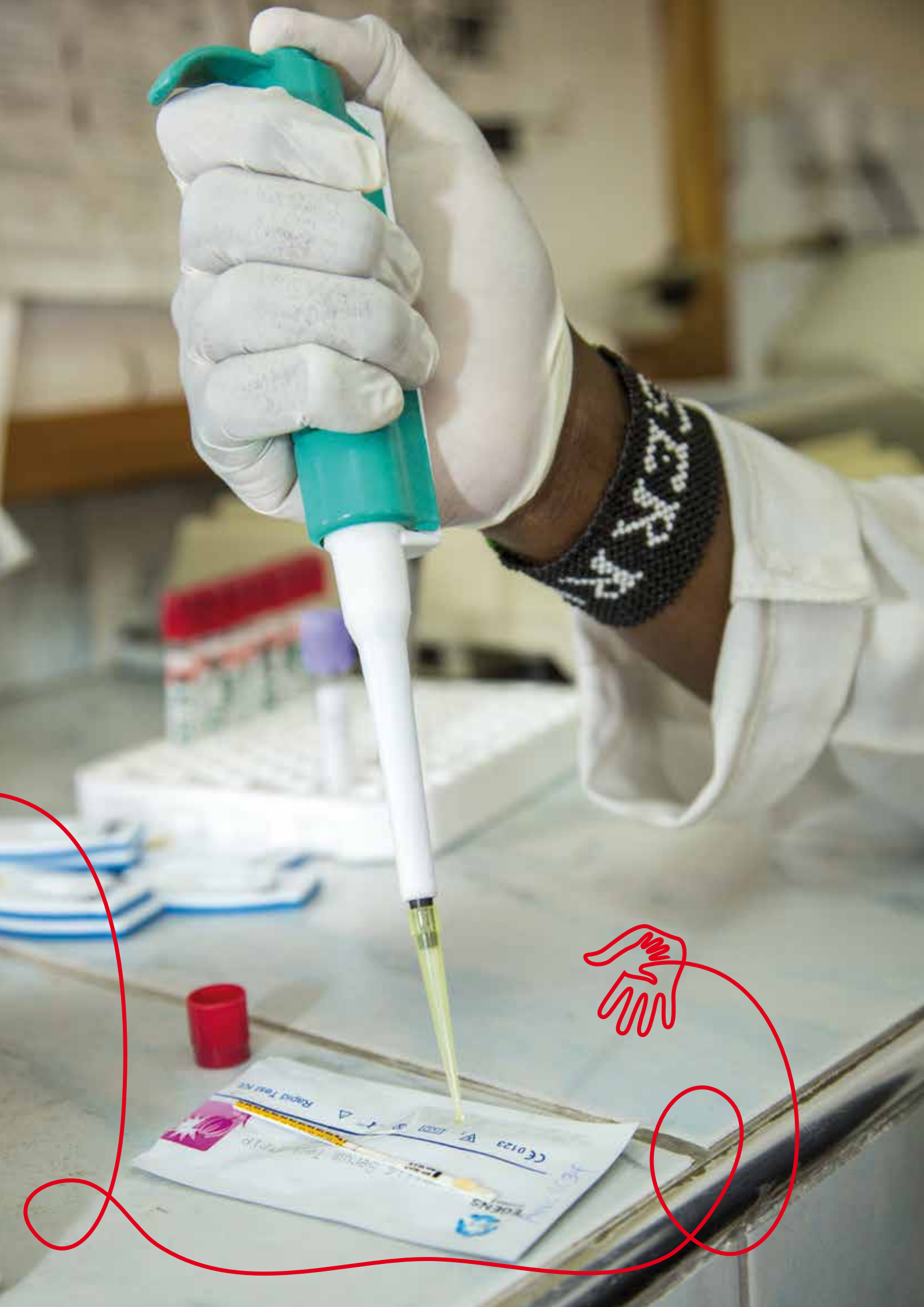
La Legge 125/14 prevede infine la strutturazione di prodotti di finanza per lo sviluppo nell'ambito di accordi con organizzazioni finanziarie europee o internazionali (art. 22). Questa attività, da affidare alla società Cassa Depositi e Prestiti Spa (CDP) nella sua qualità di istituzione finanziaria per la cooperazione internazionale allo sviluppo (art.8), riguarda anche la crescente promozione per il finanziamento dello sviluppo di meccanismi innovativi, quindi anche - e in particolare - l'IFFIm e l'AMC⁶⁵. 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'AICS possono stipulare apposita convenzione con la CDP stessa.

Per quanto riguarda gli impegni assunti in relazione a IFFIm e AMC, essendo iscritti come impegno pluriennale disposto con legge finanziaria, sarà ancora il MEF a provvedere direttamente al trasferimento dei fondi come avviene per i contributi obbligatori al bilancio di Istituzioni internazionali.

⁶³ Legge 125/2014, Art. 5.

⁶⁴ <http://www.gavi.org/funding/donor-profiles/italy/>.

⁶⁵ E. Missoni, "Indirizzo politico, governo, controllo e attuazione nella riorganizzazione della Cooperazione italiana", ActionAid Italia, 2015.



2. Le partnership pubblico-private nel mondo della salute

L'Alleanza Globale per le Vaccinazioni rappresenta uno dei casi più noti di partenariato globale pubblico-privato (*Global Public-Private Partnership* – GPPP), che coinvolgono – oltre a donatori e beneficiari – anche attori di diversa natura, in un obiettivo comune di sviluppo.

Altri esempi di GPPP sono il Fondo Globale per la lotta contro l'AIDS, la Tubercolosi e la Malaria – che viene finanziato al 95% dai governi dei Paesi donatori e al 5% dal settore privato, profit e non – e il Programma Africano per il Controllo dell'Oncocercariasi⁶⁶ – composto da Paesi donatori, la compagnia farmaceutica Merck, Paesi beneficiari, società civile e agenzie ONU –.

Già nel 1969 la Banca Mondiale affrontava il tema del partenariato per lo sviluppo interrogandosi sui requisiti essenziali di tali relazioni fra Paesi donatori e Paesi beneficiari⁶⁷, ma è dagli anni Novanta che la creazione di alleanze e associazioni tra soggetti di diversa natura (profit e no profit, attori tradizionali bilaterali e multilaterali) diventa uno dei più rilevanti processi di trasformazione della cooperazione allo sviluppo.

Nel 1996, l'OCSE sottolineava ad esempio come i partenariati stessero divenendo più complessi e per questo auspicava un ruolo più chiaro dei partner, insistendo sulla *ownership* locale quale principio guida⁶⁸, mentre nel 2000, con il rapporto “*A better world for all*”, si 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”⁶⁹. Da qui in avanti il riferimento al partenariato pubblico-privato divenne sistematico nel linguaggio delle grandi assise internazionali⁷⁰.

2.1 Partenariati globali pubblico-privato (GPPP)

I partenariati globali tra pubblico e privato (GPPP) costituiscono il punto di approdo di un percorso verso un nuovo modello organizzativo volto al raggiungimento degli obiettivi di sviluppo⁷¹, che attinge alle ideologie neoliberali della fine degli anni Settanta, quando si modificarono progressivamente le relazioni tra settore pubblico e privato.

Tale cambiamento coinvolse anche le strategie di sviluppo di Nazioni Unite (ONU), Banca Mondiale e Fondo Monetario Internazionale (FMI) e verso la fine degli anni Ottanta si iniziarono a esplorare le prime forme di partecipazione di diversi portatori d'interessi alla formulazione di politiche pubbliche⁷².

Da parte dell'ONU, la collaborazione con le imprese serviva a rispondere alle crescenti perplessità sollevate in diversi contesti rispetto al proprio ruolo⁷³ e al tempo stesso al bisogno di accedere a nuove fonti di finanziamento a fronte della riduzione delle risorse destinate all'Aiuto Pubblico allo Sviluppo. Le imprese vedevano invece la partecipazione a partenariati globali quale veicolo di dimostrazione di responsabilità sociale d'impresa, oltre che metodo per aumentare la propria influenza nel contesto globale e accede-

66 <http://www.who.int/blindness/partnerships/APOC/en/>.

67 Nel 1969, l'ex Primo Ministro canadese Lester B. Pearson venne incaricato dall'allora presidente della Banca Mondiale McNamara, di presiedere una Commissione interna all'organizzazione, volta a analizzare i precedenti vent'anni di assistenza allo sviluppo, per verificarne i risultati e fare delle raccomandazioni. Relativamente alla nozione di partenariato per lo sviluppo, la Commissione considerava quali requisiti essenziali «la specificazione dei reciproci diritti e doveri» e «la definizione di chiari obiettivi a beneficio di entrambe le parti» (Rapporto della Commissione sullo Sviluppo Internazionale, Archivio della Banca Mondiale, 1969).

68 OCSE DAC, “*Shaping the 21st Century: The Contribution of Development Co-operation*”, 1996.

69 ONU, Banca Mondiale, FMI, OCSE, “*A better world for all*”, 2000, pag. 23.

70 Missoni e Pacileo, 2016.

71 La Risoluzione dell'Assemblea Generale dell'ONU A/RES/60/215, “Verso partenariati globali”, rivolge un chiaro riferimento alla Dichiarazione del Millennio, in particolare relativamente all'obiettivo di sviluppare forti partenariati volti al raggiungimento di sviluppo e sradicamento della povertà.

72 K. Buse, G. Walt, “*Global public-private partnerships: part I – a new development in health?*”, 2000.

73 Dalla fine degli anni Ottanta, il disincanto nei confronti delle Nazioni Unite e delle sue agenzie è andato crescendo. In particolare modo, si registravano molte perplessità circa l'efficacia di tali enti, causata anche dall'evidente sovrapposizione di ruoli e mandati. Un esempio sono le rivalità registrate fra OMS e UNICEF circa la Primary Health Care (PHC), risolte con la creazione della Task-force sulla Sopravvivenza e lo Sviluppo dell'Infanzia, ad opera di numerose agenzie ONU e della Fondazione Rockefeller (da: K. Buse, G. Walt, “*Global public-private partnerships: part I – a new development in health?*”, 2000).

re a benefici finanziari (riduzioni d'imposta, accesso a nuovi mercati, etc.)⁷⁴.

La collaborazione con le imprese private divenne dunque un aspetto centrale della visione delle Nazioni Unite in tema di governance globale, ben sintetizzata nel “*Global Compact*” lanciato dal Segretario Generale Kofi Annan al *World Economic Forum* di Davos nel 1999: tale visione si estese fino ad associare ogni tipo di soggetto pubblico (governi, organizzazioni multilaterali) e privato (imprese, organizzazioni non governative, fondazioni, università, etc.) nei Partenariati Globali Pubblico-Privato (GPPP).

2.2 Iniziative globali e partenariati pubblico-privato in campo sanitario

Funzionamento

Il modello delle GPPP trovò crescente applicazione nell'ambito della salute globale, su forte impulso dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), che in diverse occasioni auspicò partenariati che coinvolgessero, oltre a donatori e beneficiari, anche altri soggetti, in modo da rispondere al fabbisogno di servizi essenziali mediante approcci non tradizionali⁷⁵.

Le GPPP in salute possono essere definite come un rapporto di collaborazione che supera i limiti nazionali e associa almeno tre soggetti, di cui almeno un'impresa e/o un'associazione d'imprese (settore privato) e un'organizzazione intergovernativa (pubblico), che condividano un obiettivo di promozione della salute e abbiano concordato la divisione dei compiti e delle responsabilità⁷⁶.

Benché i relativi modelli organizzativi possano variare considerevolmente, così come contributi e benefici, da e per ognuno dei partecipanti, alcuni elementi sono comuni a tutte le GPPP:

- a. la condivisione degli obiettivi tra tutti gli associati;
- b. la costituzione di organi di governo e di consultazione che includano rappresentanze sia del settore pubblico, sia di quello privato e processi decisionali comuni;
- c. l'utilizzo di tecniche derivate dal settore privato per il raggiungimento di obiettivi sociali;
- d. la partecipazione attiva di rappresentanti del settore privato nella realizzazione delle attività.

Nate come alleanze non strutturate mirate alla promozione di specifiche iniziative in ambito sanitario, le GPPP si sono trasformate seguendo tre modalità organizzative:

1. **Struttura informale ospite di un'Istituzione Internazionale** (*hosted partnerships*), con autonomia di governo e di bilancio ma senza personalità giuridica (es. Roll-back Malaria e, inizialmente, GAVI). Meglio se definite come iniziative – piuttosto che organizzazioni – di partenariato globale pubblico-privato.
2. **Organizzazione privata** (seppure a partecipazione e gestione mista pubblico-privato), costituita in base alla normativa del Paese ospitante. Generalmente fondazioni, in alcuni casi sono state riconosciute quali istituzioni internazionali dal Paese ospitante in assenza di accordo tra Stati (es. GFATM e, attualmente, GAVI).
3. **Iniziative promosse e gestite dalle Nazioni Unite con la partecipazione di soggetti privati** ma senza il coinvolgimento del settore privato nella *governance*. In questo caso il partenariato è di semplice interazione tra l'istituzione intergovernativa e i soggetti privati, e non si parla di organizzazione⁷⁷.

74 K. Buse, G. Walt, “Global public-private partnerships: part I – a new development in health?”, 2000.

75 Lister, 2000.

76 K. Buse, G. Walt, “Global public-private partnerships: part I – a new development in health?”, 2000.

77 Missoni e Alesani, 2014.

Influenza

Kent Buse⁷⁸ e Gill Walt⁷⁹ segnarono fin dall'inizio i pericoli derivanti dalle GPPP per il sistema delle Nazioni Unite, temendo in particolare che le nuove forme di associazione ne potessero influenzare credibilità, imparzialità e integrità.

Il rischio sarebbe stato quello di "diluire" l'universalità delle istituzioni multilaterali a causa degli squilibri tra i diversi attori partecipanti. Analogamente, si sarebbe rischiato di mettere a repentaglio la neutralità, laddove le GPPP tendono a privilegiare gli interventi in Paesi in grado di garantire maggiori successi, lasciando alle Nazioni Unite l'onere di affrontare le problematiche più complesse e difficili (es. il sostegno ai sistemi di salute e la formazione di risorse umane).

BOX 1 - Il ruolo dei privati profit nelle GPPP

Le **prospettive di partecipazione** delle imprese ai partenariati globali possono sintetizzarsi in almeno cinque punti⁸⁰:

- Aumentata influenza nei consessi internazionali, **ad esempio grazie alla possibilità di partecipare alla definizione e implementazione di regole o standard**
- Aumentata influenza nei contesti nazionali di riferimento, **grazie all'accesso a informazioni e ai contatti con i decisori politici garantito dalla partecipazione – ad esempio – ai meccanismi in seno alle Nazioni Unite**
- Benefici finanziari diretti, **come sgravi fiscali, ma anche accesso a nuovi mercati**
- Promozione della propria immagine, **data da un riconoscimento maggiore a livello globale e la dimostrazione di comportamenti di responsabilità sociale**⁸¹
- Legittimazione e autorità, **derivanti dall'associazione con stakeholder di varia natura e peso socio-economico-politico (es. ONU)**
- Potenziamento della cosiddetta "*corporate citizenship*"⁸²

Relativamente al **ruolo** del settore privato profit all'interno dei partenariati globali per la salute, oltre al sostegno finanziario, questo è riassumibile in diverse attività⁸³:

- Gestione di servizi attraverso contratti con governi beneficiari o fondi di assicurazione pubblica
- Fornitura di servizi clinici
- Fornitura di beni, soprattutto farmaceutici (es. vaccini), a tassi agevolati
- Fornitura di personale specializzato
- Attivazione di nuovi investimenti di capitali (es. procedure di matching)

78 Senior Advisor presso UNAIDS, esperto di politica sanitaria globale, soprattutto sui temi che riguardano la salute sessuale e riproduttiva, l'AIDS e i partenariati pubblico-privato.

79 Professore Emerito di Politiche della Salute Internazionale presso la London School of Hygiene and Tropical, esperta di partenariati globali pubblico-privati e grandi iniziative sanitarie.

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

81 Un celebre esempio è il "Mectizan Donation Program", attraverso il quale l'industria Merck dal 1987 distribuisce farmaci contro l'oncorcerchiasi (malattia causata da un parassita) in modalità filantropica. Tale attività ha stimolato, negli anni, numerose altre attività di cosiddetta "pharmaco-philanthropy" (P. Wehrein, "Pharmaco-Philanthropy", Harvard Public Health Review, 1999).

82 Per corporate citizenship si intende la gestione della totalità dei rapporti esistenti tra un'impresa e il suo contesto d'azione locale, nazionale e mondiale. Presuppone l'impegno dell'impresa nell'integrare nella propria strategia le esigenze di mercato e quelle socialmente responsabili.

83 Banca Mondiale, "Public Private Partnerships for Health: PPPs are Here and Growing". Consultabile all'indirizzo <http://siteresources.worldbank.org/INTAFRICA/Resources/AHF-public-private-partnerships-for-health-ppps-are-here-and-growing.pdf>.

Valore aggiunto e criticità

Fin dalla loro nascita, le GPPP nel settore sanitario attirarono le critiche di diversi osservatori che ne misero in dubbio appropriatezza, efficienza e sostenibilità⁸⁴. A distanza di circa quindici anni, si può tentare di tracciare un giudizio di tale fenomeno.

Una delle motivazioni a supporto della promozione di collaborazioni tra settore pubblico e privato nella sanità 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”⁸⁵.

Tale assunto si basa quindi sul presupposto che organizzazioni con differenti valori e interessi si associno per affrontare e risolvere problemi essenziali di salute pubblica⁸⁶, ammettendo una compatibilità di obiettivi e responsabilità (dunque, fra questi, anche il principio del profitto che muove l'impresa privata anche all'interno di un patto di collaborazione)⁸⁷. D'altro canto tale convergenza di interessi diversi comporta dei rischi che vanno tenuti sotto controllo a favore della massimizzazione dei benefici sanitari che ne possono conseguire.

Da un lato, le GPPP hanno contribuito alla presa di coscienza di gravi problemi di salute globale e al loro inserimento nell'agenda internazionale, oltre che alla mobilitazione di risorse finanziarie aggiuntive e allo sviluppo di nuovi prodotti biomedici. In alcuni casi, inoltre, esse hanno favorito l'accesso gratuito - o a costi particolarmente bassi - ad alcuni farmaci e vaccini e hanno contribuito al rafforzamento di alcune componenti dei sistemi sanitari, per esempio con norme e standard terapeutici e strategie finanziarie⁸⁸.

Dall'altro, tuttavia, non si può negare che le GPPP abbiano talvolta contribuito alla complessità e alla frammentazione della governance della salute globale e al prevalere di meccanismi di mercato sulle politiche pubbliche: la costruzione di un partenariato *ad hoc* per ogni problema individuato (es. per ogni malattia), infatti, ha riportato in auge un'interpretazione selettiva dell'assistenza sanitaria che in alcuni casi ha condotto alla perdita di efficienza degli interventi⁸⁹.

Infine, si può provare a valutare le GPPP in ambito salute secondo la lente dei principi dell'efficacia⁹⁰: dal punto di vista della titolarità (*ownership*) dei Paesi partner, sorge il problema del volume dei finanziamenti canalizzati attraverso le GPPP, spesso così elevati rispetto ai bilanci sanitari dei Paesi beneficiari da influenzare, se non determinare, le priorità di spesa; dal punto di vista dell'efficacia dell'aiuto (*aid effectiveness*), inoltre, la selettività delle GPPP – che porta spesso a indirizzare la scelta verso contesti nei quali è più semplice ottenere maggiori risultati - apre criticità riguardo armonizzazione⁹¹ e allineamento⁹².

2.3 Italia e partenariati pubblico-privato in tema salute: dal dibattito degli anni 2000 alla legge di riforma (Legge 125/14)

Al di là di contributi volontari a specifiche iniziative guidate dall'OMS, fino all'avvento del GFATM⁹³ nel 2001, l'Italia non si era lasciata coinvolgere in iniziative globali di partenariato pubblico-privato, che contrastavano nettamente con il tradizionale approccio “orizzontale” e sistemico dell'Italia.

Fino al 2001, infatti, le iniziative di cooperazione sanitaria dell'Italia hanno seguito due linee strategiche principali: il sostegno ai sistemi sanitari nazionali e quello ai sistemi sanitari locali⁹⁴, andando a rispondere precisamente a tale caratterizzante prospettiva di sistema. In quella direzione, la titolarità locale, il coin-

84 Poore, 2004; Agatre Okuonzi, 2004; Missoni, 2004b.

85 Initiative on Private Public Partnerships for Health.

86 Reich, 2000.

87 Muraskin, 2000.

88 Ruckert e Labonte, 2014.

89 Yamey 2002, Dare 2003, Ruckert e Labonte, 2014.

90 Dichiarazione di Parigi (2005), Programma di Azione di Accra (2008), Dichiarazione di Busan (2011).

91 Le azioni dei Paesi donatori sono tra loro meglio armonizzate e più trasparenti, per conseguire nell'insieme una maggiore efficacia.

92 I Paesi donatori allineano le loro politiche di sviluppo alle strategie, istituzioni e procedure dei Paesi destinatari.

93 Per approfondimenti sul GFATM si veda: ActionAid, *Il Fondo Globale per la lotta contro l'AIDS, la Tubercolosi e la Malaria: rinnovare l'impegno dell'Italia*, Milano, novembre 2015. Scaricabile al link: https://www.actionaid.it/app/uploads/2015/11/Il_Fondo_Globale_report_2015.pdf.

94 MAE-DGCS, Relazione annuale sull'attuazione della politica di cooperazione allo sviluppo, 2004, Ministero degli Affari Esteri; Direzione Generale della Cooperazione allo Sviluppo, Roma.

volgimento della società civile e il coordinamento con tutti gli attori locali sono stati per decenni elementi tipici dell'approccio sanitario italiano allo sviluppo.

Persino la definizione del GFATM fu il risultato di una tormentata gestione, durante la quale gli attori economici influenzarono pesantemente l'agenda proposta dalla Presidenza italiana del G8 di Genova, durante il quale verrà lanciato il Fondo: fino a pochi mesi prima del summit, infatti, tale documento richiama l'inefficacia degli approcci selettivi per il controllo delle malattie⁹⁵.

A partire dalla sua istituzione nel 2002, il GFATM divenne tuttavia il principale beneficiario dell'APS sanitario italiano, arrivando a veicolarne dal 30% fino ad oltre il 50% tra il 2001 e il 2008: l'interruzione dei contributi al Fondo Globale è stata quindi la causa principale del dimezzamento dell'APS italiano per la salute negli anni successivi, fino al nuovo impegno, pari a 100 milioni di euro, per il triennio 2014-2016⁹⁶.

Quanto alla presenza del tema dei partenariati pubblico-privati in ambito sanitario nel dibattito parlamentare, esso è stato pressoché assente, salvo casi sporadici come l'indagine conoscitiva del Parlamento sui nuovi indirizzi internazionali delle politiche di cooperazione allo sviluppo, deliberata dalla III Commissione Affari Esteri e Comunitari nel maggio del 2012, in seguito al documento finale approvato dal Vertice di Busan. Tale indagine ha fatto emergere le problematiche relative alla crescita delle iniziative globali ad approccio selettivo - come GAVI e Fondo Globale - e il loro impatto negativo in termini di frammentazione degli aiuti e della *governance* globale della salute: a conclusione di un'audizione, Enrico Pianetta⁹⁷, Presidente della Commissione, concludeva che 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'Organizzazione Mondiale della Sanità che possa essere rilanciata e riesca a superare la crisi attuale".⁹⁸

95 Berlinguer e Missoni, 2001.

96 Per maggiori informazioni sull'impegno italiano nel GFATM si veda: ActionAid, Il Fondo Globale per la lotta contro l'AIDS, la Tubercolosi e la Malaria: rinnovare l'impegno dell'Italia, novembre 2015.

97 Membro del Popolo della Libertà alla Camera dei Deputati nella XVI Legislatura.

98 Camera dei Deputati, Commissione III "Affari esteri e comunitari", Comitato permanente sugli obiettivi di sviluppo del millennio. Indagine conoscitiva reperibile in http://documenti.camera.it/_dati/leg16/lavori/stencomm/03/indag/parlamenti/2012/0703/INTERO.pdf.



3. Strategie di salute globale e della salute materno infantile dell'Italia

3.1 Cooperazione sanitaria e Legge 49/87

Le linee strategiche del settore sanitario hanno fatto riferimento fino al 2014 alla Legge 49/87, abrogata con l'entrata in vigore della riforma introdotta con Legge 125/14.

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 ambito⁹⁹, ponendo l'accento sulla sanità di base, intesa come strategia integrata verso l'obiettivo della "Salute per Tutti" fissato nel 1979 ad Alma Ata¹⁰⁰.

I principi guida elaborati nel 1989 richiamaivano anche la 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 sia 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" e con le attività di promozione della salute materna. Inoltre, la promozione della salute materno-infantile sarebbe stata considerata nel più ampio contesto del miglioramento delle condizioni di vita dei minori e delle loro famiglie, tenendo dunque conto congiuntamente dei bisogni di alloggio, educazione e sicurezza.

Secondo quei principi guida, anche le stesse vaccinazioni, argomento portato alla ribalta dai grandi programmi di sopravvivenza infantile promossi in ambito internazionale, dovevano essere promosse attraverso "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 pandemie e delle attività nutrizionali, insistendo costantemente sulla necessità di una più ampia collaborazione con altri settori.

La Cooperazione italiana si affacciava al nuovo decennio in evidente controtendenza rispetto alla prevalente "Agenda" internazionale: a più di dieci anni da Alma Ata, se ne confermavano obiettivi e strategie e si rifiutava esplicitamente la tendenza "selettiva", divenuta dominante, che aveva allontanato l'attenzione dalla salute per focalizzarsi sul controllo di singole malattie¹⁰¹.

Benché negli anni tali concetti fossero stati richiamati più volte nelle relazioni della cooperazione italiana¹⁰² 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"¹⁰³ (seguendo le tendenze affermatesi sul finire degli anni Novanta a livello mondiale), all'inizio degli anni 2000 nella pratica l'Italia iniziò tuttavia ad abbandonare il suo tradizionale approccio sistemico, facendosi promotrice di iniziative globali selettive, a partire dalla sua partecipazione al Fondo Globale contro la lotta all'AIDS, la Tubercolosi e la Malaria (GFATM).

Nel 2009, a distanza di vent'anni, i citati principi guida furono aggiornati attraverso un processo partecipativo che coinvolse esperti di molteplici istituzioni pubbliche e private. I nuovi principi guida tornavano a porre 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 erano la lotta contro la povertà e le disuguaglianze socio-economiche, l'accesso universale ed equo ai servizi

99 MAE-DGCS, 1989.

100 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 individuarono 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 (WHO 1981). L'attuazione della PHC avrebbe richiesto il ri-orientamento dei sistemi sanitari, in quanto a politiche, strategie ed allocazione delle risorse.

101 Missoni, 1999.

102 Ad esempio: MAE-DGCS, 2005.

103 MAE-DGCS, 2007.

sanitari, il rafforzamento dei sistemi di salute, la partecipazione comunitaria, le reti di conoscenza e l'efficacia dell'aiuto per la salute globale¹⁰⁴.

L'incoerenza tra i principi di salute globale - basati su di un'ampia consultazione nazionale al massimo livello di competenza tecnica - e l'indirizzo politico-burocratico diviene dunque evidente negli indirizzi di programmazione della DGCS, che concentra l'attenzione 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 servizi¹⁰⁵.

3.2 Cooperazione sanitaria e Legge 125/14

Con la legge 125/14, l'Italia ha ridefinito le finalità del proprio contributo alla cooperazione internazionale. Per quanto riguarda la promozione della salute evidentemente questa si inquadra prevalentemente nella "centralità della persona umana, nella sua dimensione individuale e comunitaria" indicata all'art.1, comma 2. Gli obiettivi fondamentali sono 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"¹⁰⁶ e "tutelare e affermare i diritti umani"¹⁰⁷ sono obiettivi inseparabili dalla promozione della salute e non possono essere perseguiti che mediante un approccio sistemico¹⁰⁸.

Nel 2014, con tempestività rispetto al nuovo quadro normativo italiano e ai negoziati in corso per la definizione dei nuovi obiettivi internazionali di sviluppo, l'amministrazione ha sentito il bisogno di aggiornare ancora una volta i principi guida¹⁰⁹, circoscrivendone questa volta il periodo di riferimento al triennio (2014-2016), attribuendo loro un carattere più simile a quello di linee guida di programmazione piuttosto che quello di "principi" guida.

È da notare che, ancora una volta, i principi guida seguono un approccio sistemico che si riflette nell'organizzazione del documento secondo cinque pilastri.

- protezione sociale e contrasto alle disuguaglianze 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" e in relazione alla copertura sanitaria prevedendo "il rafforzamento, anche in termini di qualità delle cure, dell'assistenza materna, neonatale e infantile tramite approcci integrati".

Le iniziative di salute globale e i partenariati sono menzionati invece 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"¹¹⁰.

104 MAE-DGCS, 2009.

105 Per approfondimenti sulla spesa della cooperazione sanitaria italiana si veda: ActionAid, *Il Fondo Globale per la lotta contro l'AIDS, la Tubercolosi e la Malaria: rinnovare l'impegno dell'Italia*, Milano, novembre 2015, pag. 14 Scaricabile al link: https://www.actionaid.it/app/uploads/2015/11/Il_Fondo_Globale_report_2015.pdf.

106 Lettera a.

107 Lettera b.

108 Legge 125/2014, "Disciplina generale sulla cooperazione internazionale per lo sviluppo".

109 MAE-DGCS, "Salute Globale: Principi Guida della Cooperazione Italiana 2014-2016", 2014.

110 MAECI-DGCS, 2014.

Le più recenti indicazioni si trovano però nel Documento di programmazione triennale (2015-2017), adottato dal Consiglio dei Ministri nel 2015¹¹¹.

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)¹¹²: innanzitutto, nell'affermare la "consolidata esperienza e comprovata capacità" dell'Italia nella salute globale, il Documento sembra non tener conto dei Principi guida vigenti cui è stato fatto riferimento sopra¹¹³. Inoltre, 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 del GAVI, che insistono su approcci verticali e orientati al prodotto (farmaco, vaccino), un approccio che 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"¹¹⁴.

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 prodotte in seno al CNCS dalla rappresentanza dell'Università si legge infine che: "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"¹¹⁵.

Del citato Documento di programmazione è previsto l'aggiornamento, alla luce degli impegni scaturiti dall'"Agenda 2030"¹¹⁶, 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 genere come priorità trasversali.

Le prime indicazioni provenienti dalla Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo circa l'aggiornamento di quelle linee, formulate ai gruppi di lavoro del CNCS, prevedono il rilancio del ruolo della Cooperazione italiana "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 nell'Obiettivo di Sviluppo Sostenibile n.3, dedicato alla salute, la salute materno-infantile trova specifica menzione, mentre è possibile ritenere che Fondo Globale, GAVI, G7, G20, OMS siano intesi come "Strumenti e Modalità"¹¹⁷.

111 MAECI, 2015.

112 La Legge 125/14 ha introdotto, quale strumento per un più ampio coinvolgimento - a carattere consultivo - dei diversi settori sociali interessati alla cooperazione allo sviluppo e a favorire la partecipazione della cittadinanza, il Consiglio Nazionale per la Cooperazione allo Sviluppo. Esso è convocato almeno annualmente dal Ministro degli Affari Esteri e Cooperazione Internazionale ed è composto dai principali soggetti pubblici e privati, profit e non-profit, della cooperazione internazionale allo sviluppo, ivi inclusi rappresentanti dei Ministeri coinvolti, delle Regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano, degli enti locali, dell'Agenzia, delle principali reti di organizzazioni della società civile, delle università e del volontariato. Il Consiglio esprime pareri sulle materie attinenti la cooperazione e in particolare sulla coerenza delle scelte politiche, sulle strategie, sulle linee d'indirizzo, sulla programmazione, sulle forme d'intervento, sulla loro efficacia, sulla valutazione.

113 MAECI-DGCS, 2014.

114 Relativamente all'approccio sistemico, possiamo citare ad esempio 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. Un altro esempio è dato dal concetto di Sistema Locale di Salute (SILOS), sviluppato negli stessi anni dall'Organizzazione Panamericana della Sanità (OPS) e presentato come un elemento strategico della politica sanitaria per gli anni novanta. 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».

115 CRUI, 2015.

116 UN, Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development, 2015, United Nations Publication, New York reperibile su [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) (ultimo accesso del 12.2.2016).

117 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.



Conclusioni e raccomandazioni

L'Alleanza Globale per le Vaccinazioni ha permesso di salvare milioni di vite, raggiungendo grandi risultati in termini quantitativi nell'ambito dell'immunizzazione e contribuendo ai progressi registrati nei confronti del raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio.

Come riportato sopra, l'Italia ha iniziato a sostenere l'Alleanza nel 2006, impegnandosi attraverso gli strumenti finanziari IFFIm e AMC per un periodo ventennale e – più recentemente – anche per il prossimo triennio mediante finanziamento diretto.

Tuttavia, come analizzato nel capitolo terzo, esistono alcune discrepanze fra il tradizionale approccio italiano alla cooperazione sanitaria (non verticale, basato sulla ricerca di un approccio di sistema che peraltro caratterizza la generale esperienza italiana della Cooperazione internazionale allo sviluppo) e quello del GAVI, che risponde alla concezione opposta, quella dei grandi partenariati globali verticali, ai quali l'Italia è stata relativamente estranea almeno fino al 2001.

In ragione degli impegni presi finora con il GAVI – fra i quali il finanziamento a lungo termine attraverso IFFIm e AMC – l'Italia non deve modificare l'impegno espresso nei confronti dell'Alleanza, ma dovrebbe anzi valorizzare al massimo e in modo strategico questa sua presenza.

In particolare, grazie al fatto di essere tra i maggiori contribuenti del GAVI, e in coerenza con la propria storia e con gli obiettivi indicati dal Legislatore (Legge 125/2014), l'Italia dovrebbe orientare il finanziamento diretto (promesso e futuro) nella direzione di maggiore sistematicità.

Tale ruolo di orientamento deve promuovere l'integrazione delle attività dell'Alleanza con i Piani sanitari nazionali e le priorità dei Paesi beneficiari, riscattando un approccio *bottom-up*, sul quale l'Italia ha molta esperienza (a partire dal proprio SSN) e che è anche più coerente con i principi di efficacia degli Aiuti sanciti in sede internazionale.

Alle istituzioni italiane ActionAid chiede dunque di:

1. **definire gli obiettivi del coinvolgimento italiano nel GAVI**, così da permettere l'elaborazione di una strategia complessiva coerente con i principi guida che orientano la cooperazione sanitaria italiana;
2. **confermare la partecipazione all'Alleanza Globale per le Vaccinazioni**, impegnandosi tuttavia a premere affinché si adotti un approccio sistemico e maggiormente coordinato, che miri ad una **migliore integrazione con i Piani sanitari nazionali dei Paesi beneficiari** e le priorità definite a livello Paese;
3. **affiancare i Paesi partner nella richiesta alle case farmaceutiche di vaccini economicamente più accessibili** e di una maggiore trasparenza nei prezzi, da assicurare ad esempio attraverso un opportuno database, in linea con la risoluzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per un Piano Globale per l'Immunizzazione;
4. **valorizzare**, nelle scelte del Documento Triennale della cooperazione allo sviluppo, **la necessità che la salute materno-infantile debba essere un tema di massima importanza** non solo nelle politiche del settore sanitario, ma **nel più ampio contesto delle politiche per lo sviluppo**: prima ancora di un'assistenza qualificata e di 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 fognari adeguati e adeguata igiene ambientale, protezione dalla

violenza, etc.);

5. **fornire analisi e aggiornamenti circa il contributo italiano al GAVI in sede di Consiglio Nazionale per la Cooperazione allo Sviluppo** - introdotto dalla Legge 125/2014 -, essendo questo “strumento permanente di partecipazione consultazione e proposta”, in particolare relativamente alle previsioni circa le risorse da impegnare e erogare.
6. **sottoscrivere *l'agreement* relativo al *pledge* di 120 milioni di dollari**, annunciato dall'Italia alla conferenza dei donatori del GAVI nel 2015 e tuttora privo di firma.

act!onaid

— REALIZZA IL CAMBIAMENTO —

act!onaid

— REALIZZA IL CAMBIAMENTO —

Via Alserio 22
20159 Milano
Tel. 02 742001
Fax 02 29537373

Via Tevere 20
00198 Roma
Tel. 06 45200510
Fax 06 5780485

Codice Fiscale
09686720153

informazioni@actionaid.org
www.actionaid.it



ActionAid è un'organizzazione internazionale indipendente presente in oltre 40 paesi che, insieme alle comunità più povere, agisce contro la povertà e l'ingiustizia.