

17. La riforma dell'OMS: tutta una questione di soldi

Nicoletta Dentico

La giustificazione finanziaria della riforma

Questo capitolo affronta il nodo gordiano della riforma dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), la crisi finanziaria dell'agenzia. Detta così, sembrerebbe una circostanza seria ma per nulla originale, visti i tempi di crisi economica generalizzata a livello planetario, e il fatto che l'OMS non sia certo la sola realtà istituzionale impigliata in una strettoia finanziaria. La patologia finanziaria dell'OMS precede però di diversi anni la stretta economica globale. La persistente carenza di fondi è stata la miccia che ha dato avvio al processo stesso della riforma, la motivazione ufficiale dell'iniziativa, presa in mano con un certo piglio dalla Direttrice generale (DG) Margaret Chan nel gennaio 2011,¹ dopo un primo passaggio di consultazioni informali nel gennaio 2010 per discutere su come allineare al meglio le priorità stabilite con le risorse disponibili, e assicurare maggiore stabilità futura.² Il finanziamento è in effetti il principale problema dell'agenzia.

Non devono sfuggire due elementi di particolare rilievo. Lo scarto fra i bilanci correlati alle priorità programmatiche approvate dagli stati membri e i finanziamenti che l'OMS riesce effettivamente a raccogliere, sia dai governi sia dagli altri donatori, è divenuto ormai strutturale, e riflette una tendenza in crescita. A esacerbare la questione c'è la perdita del controllo sui propri bilanci: il 70-80 per cento delle risorse realmente disponibili all'agenzia provengono da contributi volontari (*voluntary contributions*) pubblici o privati, mentre la proporzione dei contributi derivanti dall'esborso regolare dei 193 paesi membri dell'OMS (*assessed contributions*) rappresenta a malapena il 20-25 per cento di tutto il budget dell'organizzazione.³ Solo su quest'ultima l'OMS esercita un controllo discrezionale, mentre i contributi volontari sono perlopiù fuori bilancio, con una destinazione d'uso decisa dal donatore (su progetti specifici) per un termine di volta in volta variabile, a discrezione dell'erogatore.

Una situazione decisamente poco sana. Diversi governi, il mondo accademico e parecchi gruppi della società civile hanno fatto notare come l'autorità, la credibilità, le capacità stesse dell'OMS siano messe a durissima prova dal ristretto accesso alle risorse. Uno scenario che vie-

ne largamente attribuito alla comparsa incontrollata di nuovi protagonisti sulla scena della salute globale e, con essi, di una pletora di nuove iniziative che sfidano la posizione dell'OMS in quanto leader nell'azione sanitaria internazionale.⁴ La crisi attuale, in realtà, ha radici più lontane. Radici che rimandano ai primi originali tentativi dell'OMS di esercitare una leadership riconoscibile, fondata sul proprio mandato istituzionale, in un contesto geopolitico sovente assai sfavorevole.

Il ricatto dei soldi: l'OMS come un campo di battaglia della geopolitica mondiale

L'OMS è finanziata in parte attraverso l'erogazione di fondi regolari degli stati membri (*regular budget funds*, RBF) calcolati ogni due anni secondo la scala di solvibilità stabilita dall'Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU): il prodotto interno lordo e la popolazione. Con questo criterio, un esiguo manipolo di Paesi ad alto reddito finisce per formare la base finanziaria dell'agenzia. Nel 1962, oltre la metà delle erogazioni proveniva da Unione Sovietica, Gran Bretagna e Stati Uniti, con un ulteriore 25 per cento di fondi derivanti dai contributi regolari di Canada, Cina, Francia, Germania, India, Italia e Giappone. Per evitare che l'OMS restasse imbrigliata nella dipendenza da un solo Paese donatore, fu stabilito che nessuno stato membro potesse sovvenzionare più di un terzo di tutti i fondi regolari. In tutta la storia dell'OMS, il primo contribuente è rimasto gli Stati Uniti, con il 25 per cento dei fondi.⁵

La Costituzione stabilisce che l'OMS possa “accettare e amministrare doni ed elargizioni [...] a patto che le condizioni associate a questi doni ed elargizioni siano accettabili e coerenti con gli obiettivi e le politiche dell'Organizzazione”.⁴ Questi contributi volontari, che esulano dal budget regolare dell'agenzia (*extra budgetary funds*, EBF), possono venire dai governi, da altre agenzie dell'ONU, da organizzazioni internazionali o non governative, da fondazioni o aziende private, da singoli individui. Si tratta di fondi attribuiti a programmi scelti dal donatore di turno, dunque privi di flessibilità. Sin dall'inizio, fu chiaro ai Paesi membri dell'OMS che i contributi volontari avrebbero potuto e dovuto svolgere un ruolo significativo a supplemento dei fondi regolari, soprattutto nel campo del controllo delle malattie. Ma i primi decenni di vita dell'OMS, ispirati a un cauto profilo tecnico,⁶ e dedicati perlopiù all'eradicazione della malaria e del vaiolo,^{7,8} definirono un impegno finanziario verso l'agenzia sempre più convinto, tant'è che i contributi volontari sventarono dai 4,1 milioni di dollari del 1950 ai 47,8 milioni

del 1967 (nello stesso periodo, le entrate dell'OMS passarono da 6,3 a 72,2 milioni di dollari).^{9,10} I contributi volontari cominciarono a crescere esponenzialmente negli anni settanta, con l'avvio di programmi speciali come quello sulla ricerca contro le malattie tropicali: un'espansione repentina vista allora con favore dal Consiglio esecutivo dell'OMS.⁵ Le cose si sarebbero complicate nel tempo, non solo con il rapido aumento del numero di stati membri dovuto ai processi di decolonizzazione (da 55 Paesi nel 1948 a 146 nel 1977), ma anche per via delle profonde trasformazioni economiche in atto in quegli anni, e l'acuirsi di un divario strutturale tra Nord e Sud, che impresse anche sull'OMS l'urgenza di dare forma a un approccio di sviluppo fondato sui bisogni, a partire da quelli dei Paesi cosiddetti in via di sviluppo, e su un Nuovo Ordine Economico Internazionale.¹¹

Già nei primi anni ottanta il ricorso esteso ai fondi fuori bilancio venne a connotarsi sempre di più come un voto di fiducia verso specifici programmi dell'agenzia, ma soprattutto come un'opzione di sfiducia nei confronti di altre iniziative dell'OMS finanziate con i fondi regolari, nello spirito di questa agenda per lo sviluppo. Due esempi di iniziative finanziate con fondi regolari e malviste dai più importanti donatori sono la Lista dei farmaci essenziali nel 1977,^a con il relativo attivismo dell'OMS in diversi Paesi per limitare le politiche commerciali delle aziende farmaceutiche, e il Codice internazionale sulla commercializzazione dei sostituti del latte materno.^{b5} Si tratta di un passaggio fondamentale nella storia dell'ONU, che non riguarda soltanto l'OMS. In una manciata di anni, nei soli Stati Uniti presieduti da Ronald Reagan, vengono sfornati più di 100 rapporti sull'ONU, tutti nel segno di forti sentimenti anti Nazioni Unite, guardate con crescente sospetto come sedi per la regolamentazione delle multinazionali e luogo di resistenza alle politiche neoliberaliste emergenti.¹² Sulla scorta della percepita "politicizzazione" dell'ONU, il cosiddetto Gruppo di Ginevra, l'élite dei maggiori donatori, rispose imponendo la norma della crescita zero reale dei fondi strutturali (adeguata all'inflazione), una politica che fu applicata a tutte le agenzie dell'ONU, e che intendeva colpire soprattutto, accanto all'OMS, l'UNESCO e l'Organizzazione internazionale del lavoro (OIL). Ironia della sorte, nel momento in cui l'OMS cercava di dare attuazione alla strategia mobilitante della "Salute per tutti" coniata ad Alma Ata, la Banca mondiale (BM) era già alle prese con la redazione di due documenti che avrebbero trasformato lo scenario mondia-

^a Capitolo 4.

^b Capitolo 7.

le sulle politiche della salute, man mano che, da mero istituto di investimento nelle infrastrutture economiche di un Paese, la BM fu sollecitata a estendere il proprio mandato ai settori sociali. Nel nome di prestiti massicci a favore di politiche sanitarie assai controverse,¹³ i governi dei Paesi donatori mettevano a segno la prima scossa decisiva alla leadership dell'OMS, sotto il profilo finanziario e dunque politico: la visione macroeconomica e neoliberista della BM prendeva il sopravvento sulle politiche mirate ad appianare le disuguaglianze strutturali già in atto nel mondo. Ciò che faceva della BM la principale istituzione nel settore.

Nell'OMS, questa politica di crescita zero rimase in piedi fino al 1993, quando venne ulteriormente inasprita al livello di crescita zero nominale, sganciata cioè dall'inflazione.^c La caduta libera dei fondi regolari dell'OMS, a tutto vantaggio dei fondi volontari a programmi selezionati dai donatori, subì un'inevitabile accelerazione. Nel biennio 1990-91 gli EBF supereranno per la prima volta gli RBF, sollecitando di lì a venire le prime preoccupazioni del Segretariato,⁵ anche perché nel frattempo altre agenzie dell'ONU si affermarono finanziariamente con i loro programmi nel settore sanitario, prime fra tutte UNICEF e UNAIDS.^d Pur avendo dimostrato una certa creatività nel reagire a dodici anni consecutivi di crescita zero, l'OMS venne a trovarsi nella paradossale situazione in cui le risorse fuori bilancio dell'agenzia drenarono ulteriormente il bacino dei fondi regolari, da cui traevano i sussidi per i costi amministrativi:^{11,14} una patologia senza rimedio, visto che perdura fino a oggi.^e

Né servì la visione di Gro Harlem Brundtland, DG dell'OMS dal 1998

^c Il 1993 è anche l'anno del rapporto della BM "Investing in Health", che ha esercitato la maggiore influenza sugli assetti sanitari dei decenni a venire, preparando la strada alla proliferazione delle alleanze pubblico-privato e delle nuove iniziative globali sulla salute inaugurate con la direzione di Gro Harlem Brundtland.

^d A fronte di un budget di circa due miliardi di dollari nel 2009 per tutte le attività dell'OMS, le spese totali dell'UNICEF nello stesso anno ammontano a 3,3 miliardi di dollari, di cui un miliardo dedicato alla lotta contro la polmonite, la diarrea, la malaria, la malnutrizione, l'HIV/AIDS. Il bilancio dell'UNAIDS, creata nel 1996 con il mandato di coordinare le attività dell'ONU in materia di HIV/AIDS, ammontava a 484,8 milioni di dollari nel biennio 2010-2011.

^e I contributi regolari degli stati membri finanziano il costo dei programmi tecnici in ragione del 13 per cento, secondo quanto analizzato da un recente studio sull'amministrazione e la gestione dell'OMS, presentato dal Comitato su Programma, Budget e Amministrazione del Consiglio esecutivo in un resoconto del Segretariato il 17 gennaio 2013 (EBPBAC17/INF./2).

al 2003, la sua capacità di posizionare la salute nell'agenda per lo sviluppo del nuovo millennio e di restituire all'agenzia una certa reputazione internazionale, a incrementare l'impegno dei governi al bilancio regolare dell'OMS.⁵ Semmai, alcuni problemi si complicarono in quegli anni. Per esempio, con le quote dei Paesi membri non pagate, le controversie dovute alla diminuzione di percentuale di contribuzione degli Stati Uniti (dal 25 per cento al 22 per cento), e la sospensione dei diritti di voto a 20 Paesi per via dei mancati pagamenti.⁵ Con l'ascesa della logica economicistica nella visione strategica dell'OMS, come dimostrano l'affermazione concettuale del "carico di malattia"^f e la necessità di valutare il rapporto costo/efficacia dei diversi interventi sanitari. In ultima analisi, la direzione Bruntland servì ad affermare nuovi paradigmi nella gestione della salute, peraltro già rodati dalla BM, nel segno del partenariato pubblico-privato (*public-private partnerships*, PPP),^{15,16} il modello che inevitabilmente ricorre nella trama di questo rapporto, e che viene plasticamente ufficializzato il 26 giugno 2000 con il lancio del Global Compact^g dal Segretario generale dell'ONU, Kofi Annan.^{h12} Il dato significativo è che un numero influente di PPP globali sviluppatasi sul finire degli anni novanta in ambito sanitario si dimostra del tutto riluttante a veicolare le proprie risorse attraverso l'OMS. Il caso della Bill e Melinda Gates Foundation (B&MGF) fa scuola. Creata nel 2000, è diventata nel 2006 la più potente fondazione filantropica, con il repentino raddoppio del suo capitale, grazie alla generosa erogazione di 37 miliardi di dollari da parte del noto imprenditore e finanziere Warren Buffet, uno degli uomini più ricchi del mondo. Il decisivo contributo della B&MGF alla creazione della Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI) nel 2000 si iscrive nel solco di questa riluttanza: per la nuova iniziativa l'OMS è uno dei tanti partner potenziali, alla stregua del settore privato, non certo "l'agenzia guida e di coordinamento nelle attività di salute internazionale", come recita la costituzione dell'OMS.⁵ Nell'ultimo decennio il

^f Capitolo 21.

^g <http://www.un.org/News/Press/docs/1999/19990201.sgsm6881.html>. Vedi anche la nota (i) del Capitolo 15.

^h Non tutti i leader delle agenzie ONU espressero la loro approvazione rispetto all'operazione Global Compact. Questo fu sicuramente il caso del direttore esecutivo dell'UNICEF, Carol Bellamy, una dei pochi funzionari della famiglia ONU con esperienza diretta nel settore privato, che in un intervento all'Università di Harvard del 16 Aprile 1999 mise in guardia dicendo: "È pericoloso dare per scontato che gli obiettivi del settore privato siano in qualche modo sintonici con quelli dell'ONU, visto che, assai enfaticamente, essi non lo sono". Dal discorso di Carol Bellamy "Sharing responsibilities: public, private and civil society", www.bmjournals.com/reprint/325/374/1240pdf

trionfante paradigma organizzativo pubblico-privato, con la benedizione del sistema ONU, ha non solo accelerato l'istituzionalizzazione del settore privato nelle politiche pubbliche del nuovo millennio con forme inedite di multilateralismo,¹⁷ ma ha inferto un inesorabile colpo alla leadership dell'OMS,¹⁸ mettendo a dura prova la tradizionale rilevanza dell'agenzia che, commentano influenti testate, "non potrà magari mai più riguadagnare il suo precedente monopolio, ma potrà forse riposizionarsi come *primus inter pares* nel settore", dal momento che "i suoi rivali hanno comunque bisogno delle sue competenze".¹⁹

L'OMS quindi si ritrova ad agire nel terreno della salute pubblica mondiale come un vecchio albero costretto a resistere in una foresta sempre più fitta di alberi piantati di recente con ritmi più o meno compatibili con l'ecosistema, che hanno abbondantemente succhiato sali e minerali alla terra della salute pubblica. E continuano a drenarne. Il caso del Fondo globale per la lotta contro l'HIV/AIDS, la tubercolosi e la malaria (Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, GFTAM) è un altro esempio eloquente,²⁰ forse ancora troppo poco esplorato, di questo passaggio di risorse e di governance. Nato nel 2002 con un forte sostegno logistico e amministrativo, e con ampio ausilio di competenze da parte dell'OMS, il GFATM è una fondazione autonoma di diritto svizzero, ormai la principale fonte di finanziamento dei programmi contro le tre pandemie. Dal 2002 al 2010, ha approvato finanziamenti per un ammontare di 21,7 miliardi di dollari.^{5,18} L'OMS è membro del consiglio di amministrazione del Fondo, ma senza diritto di voto.

In un panorama dominato dalla feroce concorrenza fra diverse iniziative, per conquistarsi visibilità, potere e influenza in un periodo di oggettiva crescita del finanziamento alla salute globale,²¹ la dispersione dei fondi pubblici a sostegno di organizzazioni più snelle e di scopo, secondo la logica del "valore a fronte dei soldi" (*value for money*), ha condizionato in maniera considerevole la cultura politica e le scelte di cooperazione sanitaria dei governi occidentali degli ultimi due decenni. I Paesi donatori hanno esercitato la loro discrezionalità senza particolari scrupoli rispetto ai tradizionali vincoli multilaterali. Questa tendenza ha inesorabilmente marginalizzato l'OMS, peraltro già provata dalla pluriennale crescita zero, tracciando un progressivo slittamento dei poteri decisionali dall'Assemblea degli stati membri ai donatori appunto, siano essi governi o enti privati,^{22,23} man mano che il buco finanziario viene colmato dai fondi volontari, fuori bilancio. È la perdita definitiva di controllo dell'OMS rispetto al proprio budget e alle proprie priorità.

Nel biennio 2006-2007 i fondi strutturali a disposizione dell'OMS precipitano al 28 per cento, e l'organizzazione non riesce a coprire la spesa corrente, una tendenza mai più interrotta da allora (nel biennio 2010-2011 scendono al 25 per cento). Negli stessi anni, l'87 per cento del bilancio totale dell'OMS viene attribuito alle malattie infettive, il 12 per cento alle malattie croniche e meno dell'1 per cento alle lesioni da incidenti e alla violenza. Lo stesso parametro di allocazione dei fondi vale per l'Africa, con un altissimo carico di malattie infettive, e per la regione del Pacifico Occidentale, dove tre quarti dei casi di mortalità sono da attribuire alle patologie croniche.²⁴

Mandato dell'OMS in pericolo? Inefficienze di sistema e tentativi di riforma

“Se noi, la comunità internazionale che si occupa di salute pubblica, vogliamo che l'OMS porti avanti i compiti per cui l'agenzia dimostra un vantaggio comparativo, dobbiamo dotarla delle risorse adeguate a svolgere queste attività vitali”: a parte la potenziale incompatibilità fra vantaggio comparativo e mandato costituzionale dell'OMS, queste parole, scritte una decina di anni fa,²⁵ restano un valido richiamo per i decisori politici e per tutti coloro che hanno a cuore il ruolo e la natura multilaterale dell'OMS. Il processo di riforma, ampliato fino a comprendere la definizione delle priorità, la governance e la gestione dell'agenzia, può rappresentare un'opportunità senza precedenti, se questa partita viene giocata con intelligenza e senso di responsabilità da parte di quanti restano convinti che il ripiegamento passivo dell'OMS sull'attuale contesto, e il suo declino verso uno stato che si potrebbe definire di “strategica irrilevanza”, potrebbero avere gravi conseguenze per la salute del mondo.

Da quanto detto fin qui appare evidente che il successo della riforma dell'OMS in corso dipende in misura decisiva dalla capacità di risolvere la contraddizione che esiste tra le priorità fissate dai Paesi membri e il controllo esercitato dai donatori, come conseguenza dal cosiddetto approccio “multi-bi financing”,²⁶ che consiste nella pratica di dirottare fondi a progetto tramite le agenzie multilaterali. Una blindatura agita ad arte per influenzare le strategie dell'OMS, verificarne direttamente la performance e allinearne le priorità a settori di interesse.²⁷ Il primo irrinunciabile nodo da sciogliere dunque è l'abolizione di ogni congelamento dei fondi regolari dell'OMS; serve innanzitutto il superamento della crescita zero, un passo che solo gli stati membri possono compiere. Questi devono convincersi della necessità di dare priorità

all'agenzia pubblica sulla salute globale, invece che agli interessi parocchiali nazionali. Almeno per due buoni motivi. Il primo riguarda gli indicatori della crisi sanitaria globale, che restano agghiaccianti malgrado tutti gli sforzi e le molteplici iniziative in corso per gli obiettivi del millennio,²⁸ in seguito all'acuirsi delle disuguaglianze su scala globale e alla sovrapposizione delle crisi globali in atto.²⁹ Il secondo rimanda all'impossibilità di marcare un netto discrimine fra agenda di salute nazionale e salute globale: lo dimostrano in maniera inconfutabile l'insorgenza delle malattie croniche su scala planetaria, la questione dei sistemi di salute e il personale sanitario, il legame tra salute e cambiamenti del clima.

Invece, la condizione finanziaria in cui si trova a operare oggi l'OMS presenta una miriade di inefficienze, solo un parziale riflesso dell'inefficienza che caratterizza il sistema di salute globale nella sua attuale configurazione.³⁰ Per l'OMS, nessuna pianificazione strategica è realistica, naturalmente, nell'impossibilità di prevedere e controllare i fondi a disposizione. La predominanza di finanziamenti privi di flessibilità espone l'OMS a gravi vulnerabilità gestionali e incoerenze politiche, riducendo ulteriormente la già difficile coesione di una macchina tanto complessa per mandato e per struttura.³¹ I sistemi di rendicontazione e di trasparenza richiesti dai donatori variano a seconda dei programmi finanziati, sempre comunque nel breve periodo, a discapito di procedure omogenee. Inoltre la scarsità di risorse finanziarie ha attivato nel tempo una feroce e fortemente lesiva competizione fra i diversi dipartimenti e/o programmi dell'OMS, anche laddove esiste una contiguità operativa (si veda in merito il Capitolo 14). L'affannosa ricerca di fondi distrae dalle priorità programmatiche definite dagli organi formali dell'OMS: Margaret Chan lo ha segnalato senza troppi nascondimenti alla fine del 2012, affermando che "le attuali pratiche di finanziamento fanno dell'OMS un'organizzazione basata sulle risorse e non sui risultati. I soldi dettano ciò che si fa. Dovrebbe essere il contrario".³² Quasi la metà (46 per cento) dei fondi volontari provengano ormai da attori privati: un dato assai preoccupante. In assenza di una chiara regolamentazione dei fondi provenienti dal settore privato, e in assenza di una politica granitica sul conflitto di interesse, questo scenario provoca uno slittamento verso terreni potenzialmente assai scivolosi per il mandato costituzionale dell'OMS, in parte ormai visibili all'orizzonte. Solo un serio intervento di riforma potrebbe mettere mano a questa deriva. Ma le cose sono più facili a dirsi, che a farsi.

A due anni dal suo vero avvio, infatti, il processo di riforma dell'OMS,

e il nodo relativo al suo finanziamento, è arrivato al pettine del conflitto di interessi. Che è un dibattito spinoso, con i difficili tempi della finanza che corrono. In effetti su questo tema l'agenzia è molto combattuta tra la retorica di voler gestire il conflitto di interessi, e la pratica meno credibile della effettiva gestione.³³ Ancor più combattuti sono alcuni stati membri, tra quelli che contano finanziariamente dentro l'OMS. Negli ultimi due decenni, del resto, il settore privato ha assunto un ruolo di leadership nello scenario della salute globale, e gruppi come la Global Business Coalition,ⁱ che annovera tra i suoi oltre 230 membri multinazionali come la Coca-Cola, la Exxon Mobil e la Pfizer, puntano con crescente interesse a trasformare "le loro attività commerciali in opportunità di lotta alle malattie".³⁴ Lo stesso nodo vale per le quasi 38 fondazioni che assicurano il 18 per cento dei contributi volontari dell'OMS.³⁵ Una sola di queste, la B&MGF ha versato nel biennio 2010-2011 oltre 446 milioni di dollari, più di ogni altro contribuente dopo gli Stati Uniti, una somma 24 volte superiore ai contributi di Brasile, Russia, India, Cina e Sudafrica (gli emergenti Paesi conosciuti come BRICS) messi insieme. Forse è anche per questo che la riforma dell'OMS non riesce a fare passi avanti significativi sulla questione dei soldi. Eppure quella dei soldi è strategicamente, e simbolicamente, la questione più importante: la ragione stessa della complicata riforma messa in campo.

Una via d'uscita per finanziare l'OMS con il necessario margine di prevedibilità?

Margaret Chan ha ripetuto più volte che la via d'uscita migliore per riscattare l'OMS dalla sua precarietà finanziaria sarebbe un netto incremento dei contributi regolari da parte dei governi.³⁶ Una posizione peraltro largamente condivisa dalle organizzazioni della società civile, e persino da alcuni stati membri. Ma le resistenze a questo argomento si tagliano con la lama, nelle sedi negoziali dell'OMS, persino nel dialogo bilaterale con i delegati più critici rispetto allo status quo, e più esigenti rispetto al ruolo di leadership dell'agenzia: nessun aumento dei fondi strutturali nel breve-medio periodo. Le argomentazioni sono le più diverse. Riguardano le difficoltà dovute alla crisi finanziaria, o le limitazioni costituzionali (come nel caso della Germania), se non la necessità per l'OMS di garantire maggiore efficienza, o anche di mostrare maggior coraggio nelle prese di posizione su determinate que-

ⁱ Una coalizione di imprese finalizzata a migliorare la salute dei suoi dipendenti e della comunità nel mondo intero www.gbchealth.org/.

stioni. Hanno a che fare con l'urgenza di identificare e perseguire con più efficacia le priorità di azione, soprattutto con maggiore trasparenza. Talora, si riferiscono al fatto che aumentare i fondi per l'OMS significa innalzare il contributo relativo a tutta la famiglia dell'ONU: un onere impraticabile per molti. Perciò la spinta iniziale sul finanziamento dell'OMS si è impantanata, in men che non si dica. In palese contraddizione con l'avvio della riforma, il Segretariato non ha prodotto nessun documento fino a dicembre 2012 in grado di restituire un'analisi minimamente dignitosa sulle cause strutturali del deficit.³⁷ Il discorso sul tema dei fondi così ha perso mordente, è slittato via via verso la più blanda richiesta di "fondi sicuri e prevedibili", magari non troppo vincolati a specifici programmi, non mettendo più tanto in discussione l'approccio dei donatori.

Si arriva così al tema discusso oggi senza particolare entusiasmo come la sola proposta sul tavolo dell'OMS (per esempio nella sessione straordinaria del Programme, Budget and Administrative Committee di dicembre 2012), quello che riguarda il "*financing dialogue*".³⁸ Un approccio innovativo, si dice, volto a incrementare la prevedibilità e flessibilità dei fondi. In questo luogo di scambio e di contrattazione tra domanda (le priorità del programma di lavoro dell'OMS) e offerta (le disponibilità dei Paesi donatori), ancora tutto da esplorare, l'allineamento tra bisogni e disponibilità sarà più trasparente e diretto, rassicurano quanti lo hanno teorizzato. Ma l'asta potrebbe rivelarsi assai rischiosa, in assenza di regole del gioco convincenti. La preoccupazione intorno a questo meccanismo è quella di istituzionalizzare il controllo di alcuni Paesi o di enti donatori sulle scelte politiche e programmatiche dell'OMS in modo irreversibile. Soprattutto se si considera che, accanto a questa proposta, il Segretariato rilancia l'invito sui contributi volontari e sulla necessità di allargare la base dei donatori in grado di finanziare l'OMS, con tutti i pericoli che questa opzione comporta per gli assetti futuri dell'agenzia.

Conclusioni

Come ha recentemente ricordato il rapporto del Consultative Expert Working Group on Coordination and Financing for Research and Development, le strategie maggiormente in grado di garantire il sostegno pubblico a una sana agenda per la salute, sul piano multilaterale oltre che su quello nazionale e locale, sono da individuare nelle tradizionali politiche fiscali, generalmente assai più sicure dei meccanismi di finanziamento innovativi tanto in auge nel dibattito internazionale.³⁹ Di

certo, il tema di una equa politica fiscale, uno degli strumenti principali per assicurare introiti a livello nazionale e migliorare il benessere di una società, sta acquisendo sempre maggiore rilievo nei circuiti internazionali e comincia a produrre un impatto visibile nei Paesi a basso reddito che hanno deciso di perseguire nuovi sistemi di tassazione, legandoli a doppio filo alle esigenze dei diritti umani e della giustizia distributiva.^{40,41} Le politiche fiscali servono del resto a rafforzare una relazione salutare fra lo stato e i suoi cittadini, a livello nazionale e internazionale. In questo legame tra l'investimento in salute sul piano nazionale e sul piano pubblico multilaterale, attraverso per esempio la messa a punto di nuove forme di tassazioni globali oggi possibili (basti pensare alla tassazione delle transazioni finanziarie), si intravede una via di uscita per l'impasse geofinanziaria dell'OMS. Occorre giocare la partita ben oltre la mera dipendenza da un'élite di donatori o dall'intraprendenza egemonica della nouvelle vague filantropica. Sarebbe auspicabile riaccendere questo dibattito a livello nazionale, per contrastare l'ondata di fenomeni di privatizzazione del sistema sanitario come quello recentemente compiuto in Gran Bretagna, nella convinzione che la democrazia e il buon governo della salute comincino a casa: negli stati membri dell'OMS.²⁹

Oggi, una discussione politica nei singoli Paesi è necessaria e funzionale alla tutela e al rilancio di una forte OMS per il futuro della salute pubblica globale. Nel momento in cui i popoli del Nord e del Sud del mondo non hanno forse mai avvertito così tanto il senso di un destino comune. Nel momento in cui le sfide richiedono, pur nella complessità degli scenari, una guida forte, competente, capace di riaffermare il diritto alla salute per tutti come una delle condizioni per la vita su questo pianeta.

Riferimenti bibliografici

1. World Health Organization. The future of financing for WHO: making the case for reform (EB 128/21). WHO, Geneva, January 2011 file:///Users/Downloads/B128_21-en.pdf
2. World Health Organization. The future of financing for WHO: report by the Director General. WHO, Geneva, January 2010 www.who.int/dg/future_financing/en/
3. World Health Organization. Programme Budget 2012-2013. WHO, Geneva, October 2011 http://whqlibdoc.who.int/pb/2012-2013/PB_2012%E2%80%932013_eng.pdf
4. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization, WHO, Geneva, 1946 <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution->

[en.pdf](#)

5. Lee K. The World Health Organization. Routledge, New York, 2009
6. Walt G. WHO under stress: implication for health policy. *Health Policy* 1994;24:125-44
7. World Health Organization. Special report on malaria eradication. A report by the Director General. WHO, Geneva, 1961
http://whqlibdoc.who.int/readication_stamps/A14_AFL_22.pdf
8. Fenner F et al. Smallpox and its eradication. WHO, Geneva, 1988
<http://whqlibdoc.who.int/smallpox/9241561106.pdf>
9. World Health Organization. The first ten years of the World Health Organization. WHO, Geneva, 1958
<http://whqlibdoc.who.int/publications/a38153.pdf>
10. World Health Organization. The second ten years of the World Health Organization 1958-1967. WHO, Geneva, 1968
<http://whqlibdoc.who.int/publications/14564.pdf>
11. Cflift C. The role of the World Health Organization. Chatham House, Working Group on Governance, Paper 1. February 2013, pp. 25-28
www.chathamhouse.org/sites/default/files/public/Research/Global%20Health/0213_who.pdf
12. MacDonald T. Sacrificing the WHO to the highest bidder. Radcliffe Publishing Ltd., Abingdon, 2008
13. De Ferranti DM. Paying for health services in Developing Countries. Staff Working Paper No. 721. World Bank, Washington, DC, 1985
www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2003/06/14/000178830_98101903430786/Rendered/PDF/multi0page.pdf
14. World Health Organization. Report of the Executive Board Working Group on WHO Response to Global Change. WHO, Geneva, EB92/4, 16 April 1993
<http://hist.library.paho.org/English/GOV/CD/15660.pdf>
15. Richter J. Public-Private Partnerships and international health policy-making: how can public interest be safeguarded? Helsinki, 2004
16. Richter J. WHO reform and public interest safeguards: an historical perspective. *Social Medicine* 2012;6(3)
www.socialmedicine.info/index.php/socialmedicine/article/view/637
17. Sridhar D, Gostin L. Reforming the World Health Organization". *Jama Online* 29 marzo 2011
<http://scholarship.law.georgetown.edu/facpub/623>
18. Beigbeder Y. L'OMS en peril. Éditions de Santé, Paris, 2011
19. Repositioning WHO. *The Economist* 7 May 1998
www.economist.com/node/127783
20. Osservatorio Italiano sulla Salute Globale. From Alma Ata to the Global Fund: the history of international health policy. *Social Medicine* 1008;3(1):36-48
http://saluteinternazionale.info/wp-content/uploads/2009/02/saluteglobale_osservatori_global_fund.pdf
21. Institute for Health Metrics and Evaluation. Financing Global Health in 2011: continued growth as MDG deadline approaches. IHME, Seattle, WA, 2011
22. Vaughan JP, Mogedal S, Walt G et al. WHO and the effects of extrabudg-

- etary funds: is the Organization donor driven? Health Policy Plan 1996;16:253-64 [10.1093/heapol/11.3.253](https://doi.org/10.1093/heapol/11.3.253)
23. Legge D. Future of WHO hangs in the balance. BMJ 2012;345:e6877 www.bmj.com/content/345/bmj.e6877
24. Stuckler D, King L, Robinson H et al. WHO's budgetary allocations and burden of disease: a comparative analysis. Lancet 2008;372:1563-9
25. Yamey G. WHO in 2002: why does the world still need the WHO? BMJ 2002;325:415-38
26. OCSE/DAC. 2010 DAC Report on Multilateral Aid. OCSE, Paris, 2010 www.oecd.org/dataoecd/23/17/45828572.pdf
27. Sridhar D. Who sets the global health research agenda? The challenge of multi-bi financing. PLoS Med 2012;9:e1001312 www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1001312
28. United Nations. The millennium development goals report. UN, New York, 2012 www.un.org/millenniumgoals/pdf/MDG%20Report%202012.pdf
29. Democratizing Global Health Coalition. Time to untie the knots: the WHO reform and the need to democratize global health. Delhi Statement, New Delhi, 2-4 May 2011 www.medico.de/en/themes/health/documents/time-to-untie-the-knots-the-who-reform-and-the-need-for-democratizing-global-health/1177/
30. Missoni E. A healthier political functioning. Bulletin of Medicus Mundi Switzerland N. 122, Basel, December 2011 www.medicusmundi.ch/mms/services/bulletin/gesundheitsversorgung-in-fragilen-staaten/debatte/a-healthier-political-functioning.html
31. Chetley A. A healthy business? World health and the pharmaceutical industry. Zed Books, London, 1990
32. Chan M. Director-General addresses reform in WHO financing. Opening speech to the 2nd session of the Programme, Budget and Administrative Committee of the Executive Board, Geneva, 6 December 2012 www.who.int/dg/speeches/2012/reforms_20121206/en/
33. Democratizing Global Health Coalition on the WHO Reform. Statement on item 5(1) of the agenda (WHO reform, philanthropic foundations, conflicts of interests), 132nd session of the Executive Board, Geneva, 23 January 2013 www.medicusmundi.org/en/topics/pnfp-sector-and-global-health-initiatives/who-reform/2013-eb-122-mmi-dgh-statement-on-reform_5_1.pdf
34. Shah S. How private companies are transforming the global public health agenda: a new era for the World Health Organization. Foreign Affairs, 9 November 2011 www.foreignaffairs.com/articles/136654/sonia-shah/how-private-companies-are-transforming-the-global-public-health
35. Feig C. Setting the record straight on WHO funding. Foreign Affairs, 19 November 2011 www.foreignaffairs.com/articles/136687/christy-feig-and-sonia-shah/setting-the-record-straight-on-who-funding
36. Director General. The future of financing for WHO. WHO, Geneva, Document A64/4, 2011 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_4-en.pdf

37. World Health Organization. Proposals to improve WHO's financing. Report by the Secretariat, 2nd extraordinary session of the Programme, Budget and Administrative Committee of the Executive Board, Geneva, 23 November 2012 http://apps.who.int/gb/pbac/pdf_files/Extraordinary/PBAC_EXO2_2-en.pdf
38. World Health Organization. WHO reform. Managerial reform: making WHO's financing more predictable. WHO, Report by the Secretariat, Geneva, 2011 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_5Add5-en.pdf
39. World Health Organization. Research and development to meet health needs in Developing Countries: strengthening global financing and coordination. Report by the Consultative Expert Working Group on Research and Development, Financing and Coordination. WHO, Geneva, April 2012 www.who.int/phi/CEWG_Report_5_April_2012.pdf
40. Tax Justice Network, Aid, tax and finance for development. www.taxjustice.net/cms/front_content.php?client=1&lang=1&parent=91&subid=91&idcat=104&idart=115
41. Brautigam D, Fjeldstad O, Moore M. Taxation and state-building in Developing Countries. Cambridge University Press, 2008 <http://taxjustice.blogspot.it/2008/01/how-to-build-state.html>