

✘ Andrea Canini, Chiara Di Girolamo, Alice Fabbri

I lavori del 134° Consiglio Esecutivo dell'OMS. Riforma e indipendenza dell'Organizzazione. Ruolo dei Non State Actors (leggi: conflitti d'interesse). E - ancora una volta - l'attacco al Sudafrica sulla questione dei brevetti farmaceutici.

Dal 20 al 25 gennaio scorso si sono svolti i lavori del 134° Consiglio Esecutivo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Come da quattro anni a questa parte, grazie al progetto "[WHO watch](#)", è stato possibile garantire l'attività di *watching* e *advocacy* da parte di giovani attivisti del [People's Health Movement](#) (PHM), un movimento internazionale che opera in più di 80 Paesi con l'obiettivo di promuovere il diritto alla salute per tutti.

I punti all'ordine del giorno di questo Consiglio, così come il numero di partecipanti, sono stati quelli più alti nella storia dell'OMS e consentono forse di registrare un interesse crescente da parte degli Stati Membri nei confronti dell'agenda dei lavori.

Verrebbe da chiedersi, tuttavia, in un'agenda così fitta di argomenti da discutere in soli sei giorni di lavori, a quali di questi punti si sia rivolta maggiore attenzione. In questo senso la risposta è scoraggiante e rivela ancora una volta lo scollamento vigente tra le esigenze di un mondo in profonda crisi economica e sociale, e le esigenze di un organismo minato nelle sue fondamenta dalla perdita di sovranità finanziaria e intellettuale.

Non c'è da meravigliarsi, quindi, se gli argomenti di gran lunga più dibattuti siano stati quelli relativi al processo di riforma dell'OMS. Anche in questo caso il dibattito

che si è verificato è stato uno specchio fedele delle dinamiche dialettiche globali. In questo contesto, man mano che la politica cede il passo all'economia e all'efficientismo, parole come equità e sostenibilità hanno trovato sempre meno spazio.

E non c'è neppure da meravigliarsi se la promessa di inclusione trasversale del tema dei determinanti sociali all'interno di tutti gli argomenti è stata spesso disattesa, con rare eccezioni (come nel caso della Strategia per la Tuberculosis).

Insomma, i motivi di ottimismo di ritorno da Ginevra sono davvero pochi mentre grandi sono le perplessità che qui, come altrove, ritroviamo nelle risposte date per affrontare questo momento straordinario.

La riforma dell'OMS

Come già anticipato, ancora una volta, uno dei temi centrali delle discussioni del Consiglio Esecutivo è stato quello della riforma dell'Organizzazione. Un processo iniziato nel 2010 quando l'OMS, di fronte a una palese crisi economico-finanziaria e di identità, non ha più potuto rimandare il dibattito su come migliorare la prevedibilità, stabilità e sostenibilità dei finanziamenti[1] e su come giocare il suo ruolo di leadership nella sempre più complessa arena della salute globale[2]. Nell'agenda di questo 134° Consiglio Esecutivo, sotto il punto "Riforma", rientravano numerosi e disparati temi che sono stati raggruppati in 4 grandi capitoli: **la valutazione, le questioni procedurali riguardanti il lavoro degli organi di governo e le comunicazioni interne, il rapporto con gli attori non statali (*non state actors*, NSAs) e le questioni economico-finanziarie.**

A tre anni dall'inizio del processo, il nodo centrale del finanziamento e della sostenibilità delle attività dell'OMS sembra essere ancora irrisolto. Infatti, tanto il team di valutatori indipendenti ingaggiato dall'Organizzazione per valutare e indirizzare il processo di riforma quanto alcuni Stati Membri, hanno sottolineato come la **mancanza di fondi per coprire le attività programmate sia la principale preoccupazione e il principale ostacolo alla realizzazione del mandato.**

I due incontri di giugno e novembre del *financing dialogue*[3]- una conferenza in cui i donatori, statali e non, allocano le loro risorse nelle diverse aree e attività programmatiche - hanno lievemente migliorato la prevedibilità e la disponibilità dei fondi (a) ma non sono riusciti comunque a garantire la piena copertura e tanto meno una sostenibilità a medio termine. Questa situazione di cronica mancanza è il risultato di un processo che affonda le radici negli anni Ottanta quando gli Stati Membri iniziarono a diminuire le loro quote di contributi obbligatori che dal 1993 hanno visto una crescita pari a zero. **Oggi solo il 23%**

del budget totale dell'OMS è rappresentato da contributi obbligatori che possono essere allocati liberamente dall'Organizzazione; il resto dei fondi perviene invece sotto forma di contributi volontari e nella maggior parte dei casi già destinati per specifiche attività, situazione che determina una carenza cronica di fondi per alcune attività *core* e lo spostamento del lavoro verso quelle aree che invece i donatori decidono di finanziare.

Nonostante la raccomandazione del team dei valutatori che suggeriva agli Stati Membri di prendersi cura (*duty of care*) dell'Organizzazione anche attraverso una maggiore quota di contributi volontari e gli interventi di alcuni Paesi sulla stessa necessità, nessuno dei presenti ha effettivamente dichiarato la volontà di procedere in questa direzione.

Non state actors (leggi: conflitti d'interesse)

Altro nodo che è venuto costantemente al pettine durante le discussioni, non soltanto quelle relative alla riforma, è stato quello delle relazioni dell'Organizzazione con i cosiddetti *non state actors*. Il dibattito ha preso forma sulla base di un documento preparato dal Segretariato in cui si definivano i principi che dovrebbero guidare l'interazione con tali attori e le categorie in cui questo eterogeneo gruppo potesse essere suddiviso[4]. Tanto il documento quanto gli interventi dei Paesi Membri non hanno sicuramente rassicurato quella parte di società civile, tra cui il PHM e la *Democratising Global Health Coalition* (un insieme di organizzazioni che si sono unite con lo scopo di rendere più democratica l'OMS)[5], che è impegnata per far sì che anche grazie a questo processo di riforma l'OMS rimanga un organismo indipendente e leader nell'arena della salute a livello mondiale.

Infatti, dal canto suo il documento, nel definire il conflitto d'interessi, comparava in qualche modo il fatto di avere un'opinione su un determinato tema (nel testo "*intellectual bias*" e "*fixed position*") al fatto di avere importanti interessi materiali rispetto all'esito e all'orientamento di determinate politiche (in questo senso, IBFAN che ha una precisa idea rispetto all'allattamento al seno e alle operazioni di marketing nel campo dei sostituti del latte materno sarebbe paradossalmente equivalente alla Nestlé che ha un interesse nel massimizzare i proventi che potrebbero derivarle dalla promozione degli stessi sostituti del latte materno). D'altra parte, gli Stati Membri, pur richiamando l'importanza di una OMS indipendente e scevra da conflitti di interesse e riconoscendo la necessità di definire un quadro chiaro rispetto ai rapporti con l'esterno (tema ricorrente anche nel dibattito sulle malattie croniche), non si sono di fatto compromessi nel richiedere e nel definire una politica coerente e capace di affrontare lo spinoso tema dell'impropria e pericolosa commistione tra interessi pubblici e privati[6] nell'ottica della difesa del diritto alla salute. **Insomma, l'impressione è che nonostante gli innumerevoli interventi e espressioni di preoccupazione, ancora una volta il dibattito sulla riforma si sia concentrato su**

questioni procedurali senza approfondire temi cruciali che possono essere ricondotti in ultima analisi al ruolo dell'OMS nella sempre più intricata "giungla" della salute globale con i suoi molteplici attori e interessi. Diventa sempre più chiaro che senza un impegno da parte dei Paesi Membri ad aumentare il loro sostegno economico e a mettere al primo posto la salute rispetto ad altri interessi, la riforma dell'OMS non porterà ai benefici sperati ma forse solo ad una riduzione del numero dei punti in agenda e allo svuotamento delle funzioni di governo della salute dell'OMS stessa.

Ancora il Sudafrica sotto attacco

Un altro momento che merita sicuramente una menzione è la delicata discussione che si è svolta quando il Consiglio Esecutivo ha analizzato una bozza di risoluzione sull'accesso ai farmaci essenziali contenente, tra le varie proposte, un esplicito riferimento all'utilizzo delle clausole di flessibilità previste dagli accordi TRIPS (Trade Related Aspects of Intellectual Property Rights).

La discussione ha innescato una serie di interventi da parte dei Paesi a risorse limitate, soprattutto perché la risoluzione è arrivata in un momento particolare. Il 17 gennaio infatti la rivista *"Mail & Guardian"* ha rivelato i dettagli della strategia che alcune multinazionali farmaceutiche stanno orchestrando per bloccare un disegno di legge con cui il Sud Africa vuole riformare la sua politica sui brevetti. Nel settembre 2013, il Sud Africa ha intrapreso un progetto di riforma della legge sulla proprietà intellettuale per includere clausole più stringenti in tema di brevettabilità e una semplificazione dell'utilizzo dei meccanismi di importazione parallela e licenza obbligatoria. I documenti trapelati mostrano come l'*Innovative Pharmaceuticals Association of South Africa* (IPASA) - un'organizzazione di facciata delle multinazionali farmaceutiche sudafricane - e la *Pharmaceutical Researchers and Manufacturers of America* (PhRMA) abbiano ingaggiato una società di consulenza statunitense chiamata *Public Affairs Engagement* (PAE) proprio per bloccare il disegno di legge. La PAE, su richiesta di IPASA e PhRMA, ha quindi elaborato una strategia volta a sovvertire il processo di riforma ben descritta in uno dei documenti trapelati, dal significativo titolo *"Campaign to prevent damage to innovation from the proposed draft national IP policy in South Africa"* [7].

In risposta a queste rivelazioni, il Ministro della Salute Sudafricano Aaron Motsoaledi ha accusato le aziende farmaceutiche coinvolte "di cospirare contro lo Stato, il popolo del Sud Africa e le popolazioni dei Paesi in via di sviluppo e di pianificare quello che può essere considerato un genocidio". **In realtà, come ha ricordato la delegata sudafricana Precious Matsoso, in un intervento molto toccante durante il Consiglio Esecutivo, questa non è la prima volta che il Sud Africa si trova sotto un simile attacco** [8]. Alla

fine degli anni Novanta vi fu infatti la famosa battaglia per introdurre una legge, il *Medicines Act*, che adottando alcune clausole dei TRIPS, intendeva facilitare l'accesso ai farmaci essenziali da parte della popolazione sudafricana ad un costo inferiore rispetto alla condizione di monopolio dei produttori di farmaci brevettati. 39 case farmaceutiche reagirono citando in giudizio il Presidente Mandela; si aprì una battaglia durissima, che alla fine il Sud Africa vinse per la decisione delle case farmaceutiche di ritirare la propria azione legale sotto pressione della Corte Suprema e anche in seguito alla forte indignazione scatenatasi nell'opinione pubblica.

Dopo l'intervento di Precious Matsoso, Namibia, India, Cuba, Argentina, Nigeria, Zimbabwe, Brasile e Bolivia hanno immediatamente espresso il loro supporto al Sud Africa. Anche un nutrito gruppo di organizzazioni della società civile, tra cui il PHM, hanno manifestato il loro supporto e hanno persino elaborato una proposta di risoluzione per chiedere al Consiglio Esecutivo di prendere una netta posizione sulla vicenda[9].

Anche la Direttrice Generale dell'OMS, Margaret Chan, è intervenuta affermando che "nessun governo dovrebbe essere intimidito dai portatori di interesse per il fatto che sta facendo la cosa giusta per la salute pubblica". Molto eloquente invece il silenzio dei Paesi ricchi e industrializzati che non hanno proferito parola sugli inaccettabili attacchi al Sud Africa e su una vicenda che rappresenta ancora una volta una triste dimostrazione di come le aziende farmaceutiche siano pronte a tutto pur di proteggere i loro profitti, anche a scapito della vita delle persone.

Andrea Canini, Chiara Di Girolamo, Alice Fabbri. Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale, Università di Bologna

Ringraziamenti: Ringraziamo per l'intenso e prezioso lavoro di gruppo David Legge e Alexandra Bhattacharya.

Note

- (a) Il 61% dei fondi necessari nel biennio 2014-15 sono stati disponibilizzati a fronte del 51% di quelli che si erano disponibilizzati l'anno prima nello stesso periodo; per maggiori informazioni vedi: [Framework of engagement with non-State actors](#) [PDF: 198 Kb] . Executive Board 134th session. Provisional agenda item 5.4. EB 134/8. WHO,

08.01.2014.

Bibliografia

1. [The future of financing for WHO](#). Executive Board 128th session. EB 128/21. WHO, December 2010.
2. Sridhar D, Gostin L. World Health Organization: past, present and future. Public Health 128 (2014): 117-118.
3. [WHO's financing dialogue](#)
4. [Framework of engagement with non-State actors](#) [PDF: 198 Kb] . Executive Board 134th session. Provisional agenda item 5.4. EB 134/8. WHO, 08.01.2014.
5. van Schaik LG, van de Pas R. Democratizing the World Health Organization. Public Health 2014;128(2):195e201.
6. Rema Nagarajan. [World Health Organisation allying with fronts for commercial interests?](#), Times of India, 20.01.2014
7. Il documento: [Campaign to prevent damage to innovation from the proposed draft national IP policy in South Africa](#). [PDF: 3,5 Mb]
8. Il discorso di Precious Matsoso: [Civil Society calls upon Member States to foil Conspiracy by Big Pharma to Undermine South African Patent Reforms](#) [PDF: 591 Kb]
9. Il testo del comunicato e della proposta di risoluzione è disponibile al seguente [link](#) [PDF: 98 Kb]