

Osservatorio
COVID-19

Centro Studi di
Politica Internazionale
CeSPI



**Alcuni dati e considerazioni di aggiornamento
sull’impatto della pandemia da COVID-19 nel mondo.
I ritardi nelle campagne di vaccinazione in Africa**

Agosto 2022

di *Marco Zupi*

Piazza Venezia 11 – 00187 Roma – 066990630 – cespi@cespi.it – www.cespi.it

Abstract

A quasi due anni e mezzo dall'inizio della pandemia da COVID-19, è possibile fornire alcune informazioni sintetiche, basate sui dati oggi disponibili, che permettono di cogliere con immediatezza il quadro composito della situazione a livello mondiale.

In questo approfondimento, oggetto di studio sono i problemi che hanno determinato i ritardi nelle campagne di vaccinazione in Africa e che sono riconducibili all'assetto della governance globale. In particolare, dopo una presentazione dei dati relativi allo stato di attuazione della campagna di vaccinazione, sono illustrati criticamente alcuni limiti dell'iniziativa multilaterale per favorire la vaccinazione in Africa (cap. 1). Sono, poi, presentati elementi di inquadramento più generale che evidenziano l'importanza di nodi di fondo nelle scelte di politica economica e sanitaria che hanno guidato le decisioni strategiche dei governi negli ultimi decenni, decisioni collegate all'adozione dei Piani di stabilizzazione e programmi di aggiustamento strutturale, che hanno di fatto scoraggiato investimenti nella sanità pubblica (cap. 2). Sempre in tema di governance globale, sono brevemente riassunte le tappe che hanno contrassegnato i difficili negoziati e accomodamenti, in seno all'Organizzazione mondiale del commercio, per tutelare il diritto alla salute di tutti di fronte agli interessi delle case farmaceutiche che detengono i brevetti dei vaccini (cap. 3). Infine, alcune brevi considerazioni finali si focalizzano sulla sfida di definire un sistema di governance globale che faccia prevalere gli interessi collettivi, tenendo in debita considerazione ruolo e interesse delle parti, compreso il settore privato, invocato come protagonista chiave negli ultimi anni in relazione al cosiddetto partenariato pubblico-privato (cap. 4).

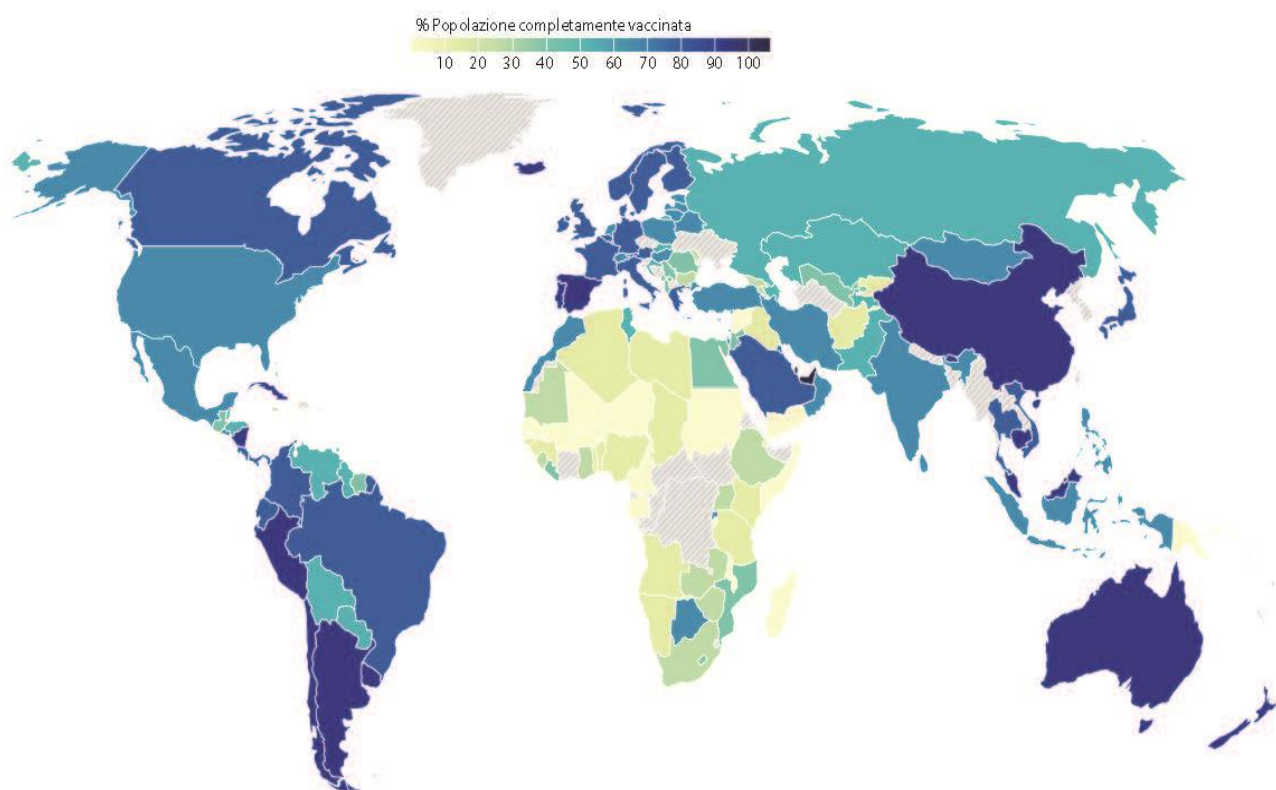
Sommario

1. Lo stato di attuazione delle campagne di vaccinazione	3
2. I nodi strutturali del disinvestimento nella sanità pubblica.....	6
3. La battaglia internazionale per favorire la produzione locale di vaccini	9
4. Alcune considerazioni finali	13

1. Lo stato di attuazione delle campagne di vaccinazione

L'introduzione e diffusione delle vaccinazioni nei vari Paesi presenta situazioni molto diverse tra gli Stati, ancor più polarizzate rispetto a quelle registrate all'interno di ogni Stato. Nella figura, i diversi colori classificano gli Stati in base alla percentuale di popolazione vaccinata.

Fig. 1 – Percentuale della popolazione vaccinata nei diversi Stati del mondo



Fonti: Centers for Civic Impact, CDC, Our World in Data, Johns Hopkins University CRC.

Il confronto intercontinentale tra Europa (tendenzialmente blu scura, cioè con una quota molto elevata di popolazione vaccinata sul totale) e Africa (prevalentemente in giallo chiaro, indicatore di un livello molto basso di vaccinazione tra la popolazione) è emblematico al riguardo: si va dall'87,3% della popolazione portoghese che risulta completamente vaccinata e dall'86,8% degli spagnoli e 85% dell'Islanda in Europa ad appena lo 0,13% della popolazione che risulta vaccinata in Burundi, il 4,6% in Camerun, il 4,65% in Madagascar.

Su scala mondiale, invece, si va dal picco della quota di vaccinati in Cina (89,6% della popolazione vaccinata), oltre che nei Paesi del Medio Oriente come Emirati Arabi uniti (99%) e Qatar (95,2%), a situazioni di Stati in emergenza come Yemen (1,5%) e Haiti (1,41%), oltre quelli africani.

Tab. 1 - Confronto tra I 10 Paesi col tasso di vaccinazione completa più alto e i 10 col tasso più basso

Paesi col tasso di vaccinazione più basso		Paesi col tasso di vaccinazione più alto	
Burundi	0,13%	Bhutan	87,23%
Haiti	1,41%	Portogallo	87,27%
Yemen	1,50%	Cuba	88,10%
Papua Nuova Guinea	3,15%	Cina	89,59%
Camerun	4,60%	Cile	92,21%
Madagascar	4,65%	Qatar	95,21%
Senegal	6,38%	Brunei	97,54%
Mali	7,05%	Emirati Arabi Uniti	99,00%
Burkina Faso	7,84%	Samoa	100%
Malawi	7,93%	Malta	100%

Fonti: Centers for Civic Impact, CDC, Our World in Data, Johns Hopkins University CRC.

La mappa e i dati mostrano chiaramente come l’Africa sia il continente col tasso medio di vaccinazione più basso di qualsiasi altro continente. In almeno 16 Paesi africani¹ – compreso un grande Paese come la Nigeria (circa 206 milioni di abitanti) e in assenza di dati aggiornati per la Repubblica Democratica del Congo (circa 90 milioni di abitanti) – a inizio agosto 2022 meno del 15% della popolazione risultava vaccinata. I piccoli Stati insulari, come le Seychelles e Mauritius, sono in testa al continente per quanto riguarda le vaccinazioni, con oltre il 75% della popolazione che risulta vaccinata.

Il tema della vaccinazione in Africa è argomento dell’agenda internazionale, perché i governi africani hanno ottenuto i vaccini per il COVID-19 soprattutto attraverso l’iniziativa multilaterale della COVAX *facility*, sotto forma di acquisti diretti e donazioni bilaterali. La COVAX *facility*, sostenuta dalle Nazioni Unite, si prefiggeva di rendere disponibili due miliardi di dosi di vaccini anti-COVID-19 ai Paesi partecipanti entro la fine del 2021, comprese almeno 1,3 miliardi di dosi per le economie a basso reddito (cioè, principalmente africane). Alla fine di luglio 2021, i donatori avevano promesso 15 miliardi di dollari per la COVAX *Facility*, che aveva permesso la spedizione di 153 milioni di dosi di vaccino anti-COVID-19 a 137 Paesi in tutto il mondo. L’11 giugno 2021, in occasione della riunione annuale, il Gruppo dei 7 (G7) si impegnava a donare 870 milioni di dosi di vaccino aggiuntive al COVAX entro la fine del 2022. Anche i governi del G20 hanno promesso 22 miliardi di dollari. Gli Stati Uniti sono stati finora il principale Paese donatore di vaccini e hanno coordinato le loro forniture di vaccini con il COVAX e l’Unione Africana (UA). La Banca Mondiale e *African Export-Import Bank*², un’istituzione regionale per il finanziamento del commercio, hanno finanziato gli acquisti in comune dell’UA.

I risultati inferiori alle attese hanno una spiegazione. La carenza di dosi di vaccino è stato un ostacolo fondamentale fino a poco tempo fa. I Paesi africani, in media tra i più poveri del mondo, non hanno generalmente capacità di produzione di vaccini e non sono stati in grado di competere con i Paesi più ricchi per l’acquisto di dosi per gran parte del 2021. Un temporaneo divieto di esportazione del vaccino in India (uno dei principali fornitori di COVAX), ritardi nelle consegne

¹ Burundi, Camerun, Madagascar, Senegal, Mali, Burkina Faso, Malawi, Sudan, Somalia, Sudan del Sud, Gabon, Niger, Nigeria, Ciad, Gambia e Guinea Equatoriale.

² Si veda: <https://www.afreximbank.com/>

promesse dai donatori, donazioni di dosi quasi scadute e limitazioni della catena di approvvigionamento globale hanno rappresentato ulteriori sfide. La questione delle dosi quasi scadute 'donate' all'Africa è un fatto particolarmente grave che ha coinvolto i Paesi dell'Unione Europea (UE), Italia compresa.

L'inchiesta di un team transfrontaliero di giornalisti *freelance*³ ha, infatti, cercato di seguire il viaggio di milioni di vaccini anti-COVID-19 prodotti durante la pandemia, facendo luce su un commercio farmaceutico di particolare rilievo e cinico, guidato, più che da un'autentica generosità e spirito solidaristico come forse l'iniziativa COVAX lascerebbe intendere, dall'opportunità per i Paesi più ricchi di scaricare milioni di dosi di vaccini non somministrate e in scadenza. Nel 2021, infatti, l'UE aveva ordinato due miliardi di dosi di vaccini a sei produttori, con 916 milioni di dosi consegnate e 702 milioni somministrate. L'indagine ha rilevato che gli Stati più ricchi tendevano a privilegiare i vaccini a molecole di acido ribonucleico messaggero o mRNA (i vaccini autorizzati dall'agenzia europea del farmaco - *European Medicines Agency*, EMA – e quella italiana AIFA sono i vaccini Pfizer e C Moderna)⁴, mentre quelli più poveri optavano per i meno costosi vaccini a vettore virale⁵ (i vaccini autorizzati da EMA e AIFA sono Vaxzevria – precedentemente vaccino AstraZeneca – e Jcovden – precedentemente vaccino Janssen).

Dopo aver acquistato la maggior parte della produzione mondiale all'inizio della pandemia, i Paesi con economie ad alto reddito, a cominciare dall'UE, hanno colto l'opportunità di inviare dosi agli Stati bisognosi, come nel caso dei Paesi poveri dell'Africa, liberando i depositi delle riserve di vaccini molto costose (a causa dei requisiti di conservazione a temperature basse). Gli Stati membri dell'UE hanno dovuto fronteggiare ostacoli legali e logistici associati alla donazione o alla rivendita di vaccini perché i Paesi dell'UE che desideravano regalare vaccini dovevano, per obbligazione contrattuale, richiedere l'autorizzazione delle grandi aziende farmaceutiche produttrici dei vaccini, le cosiddette *Big Pharma*. In pratica, il trasferimento richiedeva un accordo tripartito e non solo tra Paese donatore e Paese ricevente, peraltro obbligando il paese beneficiario della donazione a farsi carico come parte indennizzante nel caso di risarcimenti per eventuali effetti avversi del siero. Una pratica fortemente contestata da organizzazioni della società civile come *Medecins Sans Frontieres*.

Alla fine del 2021 e all'inizio del 2022, gli Stati membri dell'UE si sono affrettati a ridistribuire i vaccini in eccesso. Oltre due terzi delle donazioni consistevano in vaccini con meno di tre mesi di vita residua e, di conseguenza, molte dosi donate sono scadute e sono andate sprecate. Ad esempio, in Nigeria, oltre un milione di dosi donate sono finite in discarica.

Sul piano contabile dell'Aiuto pubblico allo sviluppo (APS), i dati dell'OCSE indicano oggi che nel 2021 ben 6,3 miliardi di dollari della cooperazione allo sviluppo sono stati spesi per la fornitura di vaccini anti-COVID-19 ai Paesi in via di sviluppo (PVS), pari al 3,5% dell'APS totale. Su un totale

³ Il progetto europeo "Follow The Doses", focalizzato su Francia, Germania, Italia, Paesi Bassi e Svizzera, ha condotto un'inchiesta approfondita: si veda <https://www.investigativejournalismforeu.net/projects/followthedoses/>

⁴ I vaccini mRNA bloccano la proteina di superficie Spike, con cui il virus entra e infetta le cellule, utilizzando molecole di acido ribonucleico messaggero (mRNA) che contengono le istruzioni perché le cellule della persona che si è vaccinata sintetizzino le proteine Spike, stimolando il sistema immunitario a produrre anticorpi specifici che bloccano le proteine Spike se la persona dovesse essere contagiata.

⁵ Come spiega il sito dell'Agenzia italiana del farmaco (AIFA), «Un vaccino a vettore virale utilizza un virus (generalmente un adenovirus incompetente per la replicazione) per portare all'interno della cellula la sequenza del codice genetico che codifica per la proteina spike. Il sistema immunitario si attiva contro la proteina e produce degli anticorpi che, qualora il soggetto entrasse a contatto con il virus, lo proteggerebbero dall'infezione». Si veda: <https://www.aifa.gov.it/vaccini-vettore-virale>

di 6,3 miliardi di dollari, 2,3 miliardi di dollari⁶ (1,3% dell'APS totale) hanno coperto le dosi in eccesso disponibili all'interno del Paese donatore e donate ai PVS (quasi 357 milioni di dosi), 3,5 miliardi di dollari sono stati invece destinati a dosi acquistate specificamente per i PVS (circa 500 milioni di dosi) e 0,5 miliardi di dollari a costi secondari. L'aumento in termini reali del volume di APS nel 2021 rispetto al 2020 è in buona misura attribuibile proprio alle spese per la fornitura dei vaccini: al netto di questa voce, l'incremento annuo del volume di aiuti è stato solo dello 0,6%. Sempre nel 2021, i Paesi donatori dell'OCSE hanno speso un totale di 18,7 miliardi di dollari per le attività legate al COVID-19, pari al 10,5% del loro APS netto combinato per il 2021, in aumento rispetto ai 16,6 miliardi di dollari (pari al 10,2% dell'APS totale) nel 2020.

2. I nodi strutturali del disinvestimento nella sanità pubblica

A fronte di una situazione tragica e paradossale relativa all'attuazione solo parziale di principi di solidarietà internazionale a sostegno delle campagne di vaccinazione in Africa, nel 2022 le consegne di vaccini hanno registrato un'accelerazione, tuttavia molti Paesi africani si trovano di fronte a difficoltà nella distribuzione e nella somministrazione di vaccini su larga scala, oltre a dover superare una diffusa diffidenza e scetticismo tra la popolazione che determina livelli molto bassi di partecipazione alle campagne di vaccinazione. Le sfide principali da affrontare includono anzitutto la garanzia di un numero sufficiente di operatori sanitari formati e di forniture.

Se la disponibilità di dosi di vaccino (non in scadenza) nei Paesi africani con economie a basso reddito dipende dal sistema di governance globale che chiama in causa il settore privato (le *Big Pharma*) e i principali Paesi donatori, i problemi strutturali dei sistemi sanitari nazionali in Africa rimandano in primis alle scelte dei governi africani, sponsorizzati da istituzioni finanziarie internazionali e dalla comunità dei donatori internazionali, in materia di politica sanitaria.

Non si pensi, infatti, che l'Africa sia piombata in una crisi strutturale oggi, nel contesto della crisi pandemica da COVID-19. Da molti anni, l'Africa è il continente con la minore capacità di affrontare i problemi di salute. Per rendersene conto è sufficiente mettere insieme alcuni fattori chiave che evidenziavano il problema ben prima della pandemia.

Nel decennio scorso si stimava che ogni anno emigrassero dall'Africa almeno 23.000 operatori sanitari, il che aveva portato a un'emorragia di operatori sanitari di circa 2,5 milioni di medici e infermieri in poco più di un decennio. Le migrazioni erano determinate dalla spinta a emigrare indotta, oltre che dall'attrazione esercitata dagli sforzi di reclutamento nei Paesi occidentali, da livelli molto bassi di retribuzione, lunghi orari, condizioni di lavoro inadeguate (chiunque sia stato in un ospedale africano fuori dalle capitale si sarà reso conto del problema strutturale di sotto-organico a livelli eccezionali).

Alla base di questi problemi c'è il dato strutturale di una spesa per l'assistenza sanitaria che è molto bassa in Africa, soprattutto a fronte dell'ammontare di denaro necessario pro capite per garantire i

⁶ Per contabilizzare l'importo di tali donazioni, le raccomandazioni dell'OCSE sono state di valutare le donazioni di dosi di vaccini anti-COVID-19 in eccesso presenti nei depositi governativi dei Paesi donatori a 6,72 dollari per dose e di apportare i necessari aggiustamenti nel caso in cui avessero pagato di meno per non sovrastimare l'APS. Si veda: DAC Working Party on Development Finance Statistics (2022) *Valuation of donations of excess COVID-19 vaccine doses to developing countries in ODA*, DCD/DAC/STAT(2021)29/REV1, OECD, Parigi, 24 gennaio. <https://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DCD/DAC/STAT%282021%2929/REV1&docLanguage=En>

servizi sanitari di base. Non è un caso che i Paesi africani siano quelli in fondo alla classifica degli Stati del mondo per spesa sanitaria pro capite; dieci anni fa, l'Organizzazione mondiale della sanità (*World Health Organisation, WHO*) indicava l'Eritrea e il Burkina Faso in fondo alla classifica, con meno di 20 dollari.

Un'altra misura che si può prendere in considerazione è la spesa pubblica per la salute (iscritta con il ricorso a finanziamenti interni e non a valere su aiuti internazionali) come quota della spesa pubblica totale. Tale misura indica la priorità del governo di spendere per la salute con risorse pubbliche interne. Utilizzando i dati della banca dati *World Development Indicators* che contengono tale variabile, prendendo in considerazione i 47 Paesi dell'Africa sub-sahariana per i quali sono presenti i dati relativi all'arco temporale dell'ultimo ventennio (2000-19) è possibile una prima grossolana indicazione.

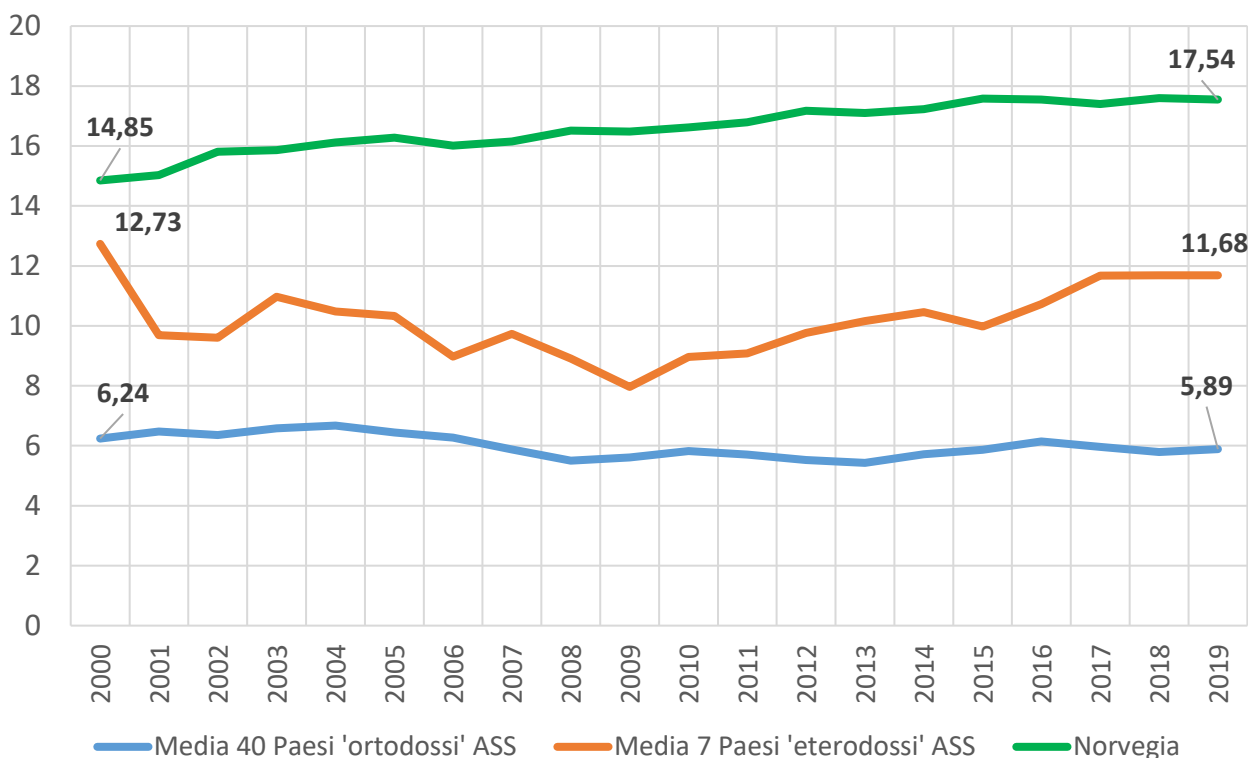
Per avere un grafico più immediatamente intellegibile si possono aggregare i Paesi considerati in due cluster al loro interno più omogenei come andamento della variabile: in particolare, un cluster numericamente più consistente è costituito da 40 Paesi⁷ che si possono definire 'ortodossi' (per il semplice motivo che sono la stragrande maggioranza e sono sufficientemente omogenei come andamento⁸); un secondo cluster è costituito dal piccolo raggruppamento di 7 Paesi, al loro interno omogenei come gruppo e con un andamento dinamico della variabile in oggetto diverso dal gruppo dei Paesi 'ortodossi' e, per questo motivo, è definibile gruppo dei Paesi 'eterodossi', che riunisce quelli con più alto reddito pro capite e le piccole isole⁹. A mo' di *benchmark* di riferimento, si può utilizzare il dato relativo a un Paese europeo considerato 'virtuoso' in termini di costante impegno delle finanze pubbliche sul fronte della spesa sanitaria, come è la Norvegia.

⁷ Angola, Benin, Burkina Faso, Burundi, Camerun, Ciad, Comore, Congo, Costa d'Avorio, Eritrea, Eswatini, Etiopia, Gabon, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Guinea equatoriale, Kenya, Lesotho, Liberia, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritania, Mozambico, Niger, Nigeria, Rep. Centrafricana, Rep. Dem. Congo, Ruanda, Senegal, Sierra Leone, Sudan, Sudan del Sud, Tanzania, Togo, Uganda, Zambia, Zimbabwe.

⁸ In termini di statistica descrittiva, il dato utilizzato è il valore medio dell'anno prendendo in considerazione tutti i Paesi del cluster e, a conferma dell'omogeneità interna del gruppo, la deviazione standard per ogni anno risulta un valore sempre molto basso.

⁹ Botswana, Capo Verde, Mauritius, Namibia, São Tomé e Príncipe, Seychelles, Sudafrica

Tab. 2 - Confronto tra gruppo dei Paesi dell’Africa sub-sahariana ‘ortodossi’, gruppo dei Paesi ‘eterodossi’ e Norvegia (% della spesa pubblica totale), 2000-19



Fonte: Elaborazione dati World Development Indicators (estratti il 3 agosto 2022).

Nel grafico appare chiaramente l’andamento differenziato per i tre casi: la Norvegia non è soltanto il Paese la cui dinamica è stabilmente al di sopra come percentuale, ma è anche l’unico caso in cui si registra un andamento stabilmente in crescita (dal 14,85% nel 2000 al 17,54% nel 2019); il piccolo cluster di Paesi definiti per comodità ‘eterodossi’ si colloca nel mezzo ed ha un andamento molto più erratico, anche se complessivamente parte da un livello nel 2000 non molto inferiore a quello norvegese (12,73%) per finire nel 2019 con un livello molto più basso (11,68%), tracciando così un allargamento della forbice tra i due casi; infine, il grande raggruppamento dei Paesi definito ‘ortodossi’ è quello che evidenzia l’andamento storico più piatto, oltre che più basso, passando da un 6,24% iniziale (nel 2000) a un 5,89% finale (2019).

Senza poter entrare nell’analisi dei casi, necessaria per un approfondimento analitico, si può qui constatare in termini generali¹⁰ come si sia trattato di un disimpegno politico intenzionale, da collegare all’imposizione dell’ideologia neoliberista nel continente a partire dagli anni Ottanta del secolo scorso. Molti Paesi africani hanno riformato i sistemi sanitari e sperimentato diversi meccanismi per la fornitura e il finanziamento dell’assistenza sanitaria, a cominciare dal cosiddetto *cost-recovery system*, o sistema di tariffazione per la copertura dei costi dei servizi sanitari, ben noto anche in Europa. L’obiettivo di fondo, di riequilibrare i conti pubblici in disavanzo e quelli con l’estero, a fronte delle misure di riduzione dell’onere di debito estero concordato con i creditori pubblici (Fondo monetario internazionale, Banca Mondiale e comunità dei creditori pubblici, come

¹⁰ Una sintesi continentale ampia è quella contenuta in: A. S. Patterson (2018), *Africa and Global Health Governance. Domestic Politics and International Structures*, Johns Hopkins University Press, Baltimora.

le agenzie di cooperazione allo sviluppo), si era tradotto nelle parole d'ordine di privatizzazione, liberalizzazione e deregolamentazione, con il corollario di contenimento della spesa pubblica secondo principi di efficienza e sostenibilità finanziaria dei servizi pubblici. In questo senso, la riforma delle politiche relative al sistema sanitario nazionale era stata introdotta come parte di un pacchetto completo d'impianto neoliberalista per migliorare la qualità e l'organizzazione dell'assistenza sanitaria sui territori. Col passare del tempo, i problemi riscontrati nel funzionamento del sistema, come il calo della frequenza dei pazienti (con la marginalizzazione e maggiore vulnerabilità delle fasce più povere della popolazione) e l'effetto negativo di una grave e regolare carenza di farmaci generici essenziali presso i rivenditori all'ingrosso, l'abbassamento delle retribuzioni nel comparto della sanità pubblica (con in conseguente aumento delle migrazioni internazionali) sono divenuti ben visibili¹¹, ma ormai la politica era ampiamente attuata.

Tutto questo significa che gli Stati africani non solo non sono in grado di affrontare i rischi legati alla pandemia da COVID-19, ma anche poco preparati ad affrontare le molteplici sfide già prevedibili che si troveranno ad affrontare nel futuro in campo sanitario. Diversi studi sia della WHO che apparsi sulla nota rivista *The Lancet* mostrano come dato strutturale, oltre al fatto che l'Africa sia purtroppo il continente in cui non solo diverse malattie trasmissibili (HIV/AIDS, malaria, tubercolosi, infezioni del tratto respiratorio inferiore e malattie diarroiche) sono le principali cause di morte prematura, anche il fatto che sia già in corso un trend crescente di malattie croniche non trasmissibili che, da qui al 2030, diventeranno la principale causa di disabilità e di morte in Africa: diabete, malattie cardiovascolari e malattie respiratorie croniche. Connesse a queste malattie croniche e al sentiero di integrazione nell'economia mondo, aumentano i casi di depressione, dolore, abuso di tabacco e alcool, malattie mentali, obesità, pressione arteriosa sistolica elevata, demenza, disturbi della vista e dell'udito, asma e epilessia che già oggi stanno aumentando la loro prevalenza anche in Africa, al pari della diffusione del cancro.

Fortunatamente, in molti Paesi africani si è registrato un calo dei tassi di mortalità infantile, ma i bambini ancora oggi hanno molte più probabilità di morire in Africa che in altre regioni; così pure l'aspettativa di vita è aumentata in Africa, ma molto più lentamente che nel resto del mondo. Gli innegabili successi nella riduzione delle morti premature coesistono con il dato di una popolazione che invecchia ma non in condizioni di salute, il che richiederebbe più e non meno investimenti nella sanità pubblica. A dispetto della visione convenzionale secondo cui le malattie occidentali sono un 'lusso' in Africa, non è così: al netto della pandemia da COVID-19, la mortalità, morbilità e disabilità in Africa convivono col doppio onere di malattie infettive e malattie croniche non trasmissibili di lunga durata e spesso a progressione lenta. Tutto ciò richiederebbe un rafforzamento della capacità dei sistemi sanitari nazionali, in controtendenza rispetto ai precetti dell'ideologia neoliberalista, diventata negli anni senso comune.

3. La battaglia internazionale per favorire la produzione locale di vaccini

Oltre ai ritardi colpevoli delle campagne di vaccinazione su cui hanno inciso le responsabilità delle *Big Pharma* e dei Paesi con economie ad alto reddito e ai nodi strutturali delle scelte di politica economica di fondo ricordati sopra, c'è almeno un altro fattore da richiamare all'attenzione e che, nuovamente, sollecita una riflessione sul sistema di governance globale. Diversi Paesi africani (in

¹¹ A titolo di esempio, si veda: L. Emm Meuwissen (2002), "Problems of cost recovery implementation in district health care: a case study from Niger", *Health Policy and Planning*, Vol. 17, No. 3 (settembre), pp. 304-313.

particolare Sudafrica, Senegal e Ruanda) stanno cercando oggi di produrre vaccini a livello locale, ma le protezioni dei diritti di proprietà intellettuale e la capacità limitata hanno posto delle sfide, oltre al fatto che alcuni sforzi per la produzione di vaccini richiederanno anni prima di dare i loro frutti.

Sin dal 2020, gli esperti di salute pubblica e i governi dei Paesi africani hanno sperato che le discussioni in seno all'organizzazione mondiale del commercio (*World Trade Organisation*, WTO) su una possibile deroga ad alcuni obblighi degli accordi sugli aspetti dei diritti di proprietà intellettuale attinenti al commercio (*Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights*, TRIPS) per i vaccini anti-COVID-19 e altre risposte di politica commerciale alla pandemia potessero facilitare i trasferimenti di conoscenze e tecnologie che potrebbero accelerare la produzione del vaccino in tutto il mondo.

Ovviamente, il WTO è stato investito dagli effetti della pandemia da più punti di vista: i Paesi membri devono affrontare e rispondere alle perturbazioni economiche e commerciali globali causate dalla pandemia da COVID-19, che ha messo alla prova il coordinamento delle politiche commerciali globali, ha sconvolto le catene di approvvigionamento e ha provocato protezionismo commerciale. Il WTO si è impegnato a lavorare per ridurre al minimo le perturbazioni del commercio e ha incoraggiato i Paesi membri a notificare nuove misure commerciali.

Allo stesso tempo, alcuni Stati membri sostengono la necessità di un accordo plurilaterale sui beni medici. I ritardi nella produzione e distribuzione dei vaccini anti-COVID-19 hanno portato alla richiesta di alcuni Paesi a derogare ad alcune regole sui diritti di proprietà intellettuale dei vaccini.

Collegato a questo punto, molte organizzazioni della società civile, a livello internazionale, hanno espresso forti preoccupazioni per l'impatto dei diritti di proprietà intellettuale sull'accesso ai vaccini per i Paesi a basso e medio reddito e sulla necessità di far prevalere il diritto alla salute per tutti. Oltre a ciò è stato segnalato come, a fronte di strategie delle aziende biofarmaceutiche condotte sul fronte della Ricerca e sviluppo (R&S) e su quello commerciale per sviluppare i nuovi vaccini, i governi hanno spesso finanziato e talvolta coordinato direttamente alcune delle attività di R&S sottostanti, determinando di fatto una privatizzazione di profitti sociali. In realtà, cioè, i costosi investimenti per lo sviluppo della conoscenza sui nuovi vaccini sono stati resi possibili facendo leva su fondi pubblici per ridurre significativamente i rischi (come nel caso di Moderna, una delle aziende produttrici del vaccino mRNA anti-COVID-19) oppure le case farmaceutiche si sono limitati all'acquisto della conoscenza prodotta da qualcun altro (come nel caso di Pfizer, altra azienda che ha il brevetto su un vaccino mRNA anti-COVID-19 autorizzato in occidente).

A febbraio del 2022, Moderna ha annunciato i risultati finanziari per il 2021, confermando che il vaccino Moderna è uno dei farmaci più redditizi di tutti i tempi, con quasi 18 miliardi di dollari di entrate per l'azienda in un solo anno. Secondo i conti dell'azienda, ha realizzato 13 miliardi di dollari di profitti al lordo delle imposte. Ciò equivale a 36 milioni di dollari al giorno per tutto il 2021, con un margine di profitto di circa il 70%. Ancor più elevato il dato del vaccino di Pfizer, che ha guadagnato 37 miliardi di dollari in un anno¹². È impressionante il fatto che si tratti di guadagni elevatissimi sui farmaci essenziali in un contesto emergenziale.

L'organizzazione Oxfam degli Stati Uniti ha pubblicato a fine luglio 2021 un rapporto, intitolato *The Great Vaccine Robbery*¹³, secondo cui il vaccino di Moderna potrebbe essere prodotto per appena 2,85 dollari a dose, mentre è il più costoso sul mercato, con una media tra i 19 e i 24 dollari,

¹² <https://www.theguardian.com/commentisfree/2022/feb/08/big-pharma-global-vaccine-rollout-covid-pfizer>

¹³ <https://www.oxfamamerica.org/explore/research-publications/the-great-vaccine-robbery/>

ma con un costo fino a 37 dollari a dose per alcuni Paesi. In altre parole, l'azienda farebbe pagare il suo vaccino ai governi fino a 13 volte il prezzo di costo stimato il che, evidentemente, ha implicazioni dirette per la capacità dei governi africani di poter acquistare le dosi sui mercati internazionali.

A settembre del 2021, in base a quanto riportato recentemente dalla stampa internazionale¹⁴, l'85% della fornitura totale di Moderna era stata consegnata ai Paesi più ricchi e quasi nessuna dose era stata destinata ai Paesi africani a basso reddito e non aveva ancora consegnato nulla al meccanismo di distribuzione internazionale COVAX.

Durante la pandemia, l'amministratore delegato di Moderna, Stephane Bancel, che è anche uno dei principali azionisti della stessa società, ha dichiarato ricavi per oltre 12 miliardi di dollari; nella primavera del 2021, come riportato da Oxfam¹⁵, la *People's Vaccine Alliance* ha calcolato che i vaccini anti-COVID-19 hanno creato nove nuovi miliardari, con Bancel in cima alla lista, oltre a due dei fondatori e al presidente di Moderna.

Nonostante gli enormi profitti e il sostegno pubblico che li ha resi possibili, Moderna si è rifiutata di condividere i suoi brevetti o il suo know-how con la WHO. Il Sudafrica è attualmente sede di un nuovo hub dell'mRNA che sta cercando di ricreare vaccini a base di mRNA con l'esplicito scopo di condividere liberamente questa tecnologia con il mondo. A Moderna era stato chiesto di collaborare, ma ha rifiutato e ha deciso, invece, di non far valere i propri brevetti durante la pandemia nei Paesi a basso reddito che, però, non hanno la capacità – come invece è presente in Sudafrica – di sviluppare in tempi ragionevolmente contenuti produzioni locali di vaccini innovativi come quelli mRNA.

In sostanza, anche in questo ambito si pongono problemi non solo da un punto di vista morale e di responsabilità sociale delle imprese, ma di principi di funzionamento e regole della governance globale, che deve poter disciplinare, con funzioni di terzietà, il comportamento delle parti, compreso il settore privato, a tutela dell'interesse generale.

Il 2 ottobre 2020, l'India e il Sudafrica chiedevano al WTO di consentire a tutti i Paesi di scegliere di non concedere né applicare brevetti e altre proprietà intellettuali (diritti d'autore, disegni industriali e informazioni non divulgate) "in relazione a prevenzione, contenimento e trattamento della pandemia da COVID-19" per tutta la durata della pandemia, fino al raggiungimento dell'immunità di gregge globale¹⁶. Nello specifico, si proponeva la deroga dell'esecuzione alle sezioni 1, 4, 5 e 7 della Parte II dell'accordo TRIPS e i corrispondenti obblighi contenuti nella Parte III.

Nel maggio 2021, l'India, il Sudafrica e altri 60 Paesi, principalmente a basso reddito ma anche con il sostegno di tutto il gruppo dei Paesi BRICS (Brasile, Russia, India, Cina e Sudafrica), hanno presentato una proposta rivista, nella speranza di ottenere un maggiore sostegno. Nella versione rivista, la proposta limiterebbe l'esenzione a un periodo iniziale di tre anni.

Il 5 maggio 2021, l'Amministrazione statunitense annunciava il suo sostegno a deroghe parziali dell'Accordo TRIP, a favore di un concetto più ristretto di deroga ai TRIPS rispetto a quello contemplato nella proposta rivista di India, Sudafrica e altri Paesi. Parallelamente, a inizio giugno

¹⁴ <https://www.aljazeera.com/opinions/2022/3/16/modernas-profits-show-why-big-pharma-cant-meet-our-health-needs>

¹⁵ <https://www.oxfam.org/en/press-releases/covid-vaccines-create-9-new-billionaires-combined-wealth-greater-cost-vaccinating>

¹⁶ <https://www.msf.org/msf-supports-india-and-south-africa-ask-waive-coronavirus-drug-patent-rights>

2021, l'Unione Europea presentava al WTO una proposta alternativa¹⁷ per un accesso equo ai vaccini e ai trattamenti per il COVID-19, con elementi che riguardano la riduzione delle restrizioni all'esportazione e il mantenimento delle catene di approvvigionamento, l'espansione della produzione e la facilitazione dell'uso delle licenze obbligatorie¹⁸ in base ai TRIPS, se necessario. In pratica, la controproposta proponeva di facilitare l'uso di licenze obbligatorie concesse da uno Stato senza il necessario accordo del titolare del brevetto, ma in modo controllato e accompagnato da una compensazione finanziaria.

Il 10 giugno 2021, il Parlamento europeo approvava una risoluzione per chiedere alla Commissione europea la sospensione temporanea delle norme sulla proprietà intellettuale¹⁹.

Infine, in occasione della 12a Conferenza Ministeriale del WTO, tenutasi a Ginevra dal 12 al 15 giugno 2022, sulla base di una serie di colloqui alla ricerca di un compromesso tra Stati Uniti, Unione europea, India e Sudafrica, è stata decisa una limitata eccezione per la procedura di utilizzo delle licenze obbligatorie per l'esportazione dei vaccini anti-COVID-19 da parte dei Paesi ammissibili, per una durata di cinque anni²⁰.

L'organizzazione *Medecins Sans Frontieres*, pur riconoscendo alcuni passi avanti, ha espresso la propria delusione per l'esito inadeguato dell'accordo finale che non ha definito una vera deroga alla proprietà intellettuale, proposta nell'ottobre 2020, che coprisse tutti gli strumenti medici collegati alla pandemia da COVID-19 e includesse tutti i Paesi²¹. Inoltre, si potrebbe aggiungere che i tempi troppo lunghi del processo negoziale, durato oltre 20 mesi dall'iniziale proposta di India e Sudafrica, significa che sono trascorsi due anni senza che il WTO riuscisse a dare una qualche soluzione, il che è in sé una dimostrazione di inefficacia del sistema di governance globale.

Allo stesso tempo, le organizzazioni dell'industria farmaceutica hanno espresso profonda delusione per la decisione: la Federazione Internazionale dei Produttori e delle Associazioni Farmaceutiche, ad esempio, ritiene che la decisione invii un messaggio sbagliato a coloro che svolgono attività di ricerca e sviluppo e che innovano.

È bene ricordare che tutto questo è avvenuto mentre i Paesi africani sono rimasti ampiamente indietro nella campagna di vaccinazione. Nell'ottobre 2021, la WHO aveva annunciato l'obiettivo di vaccinare completamente il 70% della popolazione di ogni Paese contro il COVID-19 entro la fine di giugno 2022²². Già in quel momento molti Paesi con economie ad alto reddito avevano già superato l'obiettivo, mentre i programmi di vaccinazione nei PVS, in particolare nell'Africa subsahariana, erano appena iniziati, con una popolazione complessiva di un miliardo di persone. Il problema, cioè, era del tutto evidente.

¹⁷ <https://docs.wto.org/dol2fe/Pages/SS/directdoc.aspx?filename=q:/IP/C/W681.pdf&Open=True>

¹⁸ L'Accordo TRIPS prevede la possibilità di utilizzo dei brevetti senza il consenso del titolare, facendo ricorso al sistema delle licenze obbligatorie. In particolare, l'art. 31 prevede una serie di condizioni che devono essere rispettate dalla normativa nazionale volta a permettere l'uso di una invenzione sottoposta a brevetto al Governo o ad una terza parte.

¹⁹ https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2021-0283_EN.html

²⁰ <https://docs.wto.org/dol2fe/Pages/SS/directdoc.aspx?filename=q:/WT/MIN22/30.pdf&Open=True>

²¹ <https://www.msf.org/lack-real-ip-waiver-covid-19-tools-disappointing-failure-people>

²² <https://www.who.int/news/item/07-10-2021-who-un-set-out-steps-to-meet-world-covid-vaccination-targets>

4. Alcune considerazioni finali

L'impatto della pandemia in Africa non è stato omogeneo, perché i diversi Paesi africani non si trovavano nelle stesse condizioni. Tendenzialmente, però i Paesi con economie a più basso reddito erano quelli più vulnerabili, avendo già un carico di malattie infettive – come malaria, tubercolosi e HIV/AIDS – molto elevato.

Sempre in generale, all'inizio del 2020, molti governi dei Paesi africani erano più preparati di quelli di altri continenti a fronteggiare l'emergenza della pandemia da COVID-19, perché avevano potuto incrementare rapidamente le misure di sorveglianza e controllo della pandemia traendo insegnamento dalla gestione di precedenti epidemie di altre malattie infettive. Ma le difficoltà economiche e la rabbia per le restrizioni imposte dai governi hanno alimentato i disordini in alcuni Paesi compreso, ad esempio, un Paese storicamente 'pacifico' come il Senegal nel 2021. La pandemia è stata giudicata, in certi casi, come pretesto per reprimere la libertà di parola e di riunione, il che ha alimentato tensioni politiche, insurrezioni e altre instabilità.

Paesi come l'Etiopia hanno rinviato le elezioni nel 2020, mentre dove le elezioni si sono svolte – come in Mali e Guinea nel 2020 – si è registrata una significativa riduzione dell'affluenza al voto. In paesi come Camerun, Repubblica Democratica del Congo, Kenya, Uganda, Sudafrica e Zimbabwe sono state frequenti le accuse di corruzione o di uso improprio dei fondi per la sanità pubblica destinati alla risposta alla COVID-19.

In breve, la tenuta del sistema politico e democratico in Africa ha subito l'urto della pandemia.

L'accesso ai vaccini è stato un problema che il continente ha dovuto affrontare, per la carenza di dosi di vaccini, perché, soprattutto nelle aree rurali, ci sono cittadini che non sono ufficialmente registrati o non possono accedere facilmente all'assistenza sanitaria e per la diffidenza di molti cittadini nei confronti della vaccinazione. In paesi come il Sudafrica, infatti, nonostante una fornitura adeguata di vaccini, la distribuzione è stata rallentata soprattutto a causa dell'esitazione della popolazione nei confronti dei vaccini, con conseguenti ritardi nelle consegne per evitare che i vaccini andassero sprecati.

La forte vulnerabilità dei sistemi economici e sociali africani, in cui il settore informale (attività non regolamentate da norme legali o contrattuali, con lavoratori poco qualificati e poco remunerati, senza tutele e copertura sanitaria) è prevalente e garantisce condizioni minime di sopravvivenza alla maggioranza della popolazione²³, ha indotto diversi governi a minimizzare e talvolta negare i rischi della pandemia da COVID-19 e, comunque, ad allentare le misure restrittive diventate insostenibili sui viaggi, sulle scuole e sulle attività commerciali, adottate per il contenimento e controllo della pandemia.

Le risorse fiscali troppo limitate, a fronte di debiti sovrani che aumentavano in Africa, attraverso sia prestiti agevolati di emergenza sia dilazioni del servizio del debito sponsorizzati dal G20 e attuati dal Fondo Monetario Internazionale, sia crediti a condizioni di mercato, non hanno permesso di adottare misure adeguate di stimolo e aiuti ai cittadini vulnerabili per attutire gli shock economici della pandemia. Secondo la Banca Mondiale, il sostegno di bilancio a persone e imprese in Africa

²³ Si veda: M. N. Kinyanjui (2022) "The State of the Informal Economy in Africa During the COVID-19 Pandemic", *Georgetown Journal of International Affairs*, <https://gija.georgetown.edu/2022/05/11/the-state-of-the-informal-economy-in-africa-during-the-covid-19-pandemic/#:~:text=In%20many%20African%20countries%2C%2080,work%20in%20the%20informal%20economy>.

durante la pandemia ammontava a meno del 3% del PIL regionale alla fine del 2021, rispetto al 17% stimato nei Paesi con economie ad alto reddito. In questo difficile contesto, nel 2020, lo Zambia non riusciva a rimborsare il debito, annunciava la sospensione del pagamento di 120 milioni di dollari di interessi ai detentori di Eurobond e diventava il primo Paese in default in epoca COVID-19.

Nella contrapposizione a livello globale tra Stati Uniti e Cina anche il problema del debito estero africano è diventato un'occasione di confronto, mettendo sul banco degli imputati la politica cinese. Non c'è dubbio, infatti, che una novità di oggi rispetto al passato, nel perdurante carattere strutturale del problema del debito estero in Africa, oggetto già venti anni fa di un'importante iniziativa di riduzione a livello bilaterale e multilaterale (con il coinvolgimento inedito di Fondo monetario internazionale e Banca mondiale), sia proprio l'aumento dei prestiti cinesi in Africa. Tuttavia, come hanno ricordato Yunnan Chen, Sherilyn Raga, Linda Calabrese e Shakira Mustapha²⁴, i prestiti cinesi costituiscono circa il 17% del debito estero africano, il che significa che i problemi maggiori risiedono altrove, per il semplice fatto che il debito del settore privato, per lo più guidato da prestiti sovrani attraverso gli Eurobond, costituisce il 30% del debito totale del continente e, mediamente, ha un costo più elevato. In Nigeria, solo il 10% del servizio del debito è destinato ai prestiti cinesi, mentre il 60% è destinato al servizio degli Eurobond; in Kenya, il 40% del servizio del debito va agli Eurobond, mentre il debito cinese costituisce il 20-25%.

La partecipazione della Cina all'Iniziativa multilaterale di sospensione del servizio del debito (*Debt Service Suspension Initiative*, DSSI), varata dai ministri delle finanze e governatori delle banche centrali del G20 il 15 aprile 2020²⁵, è stata considerata necessaria per l'impatto e la credibilità dell'iniziativa e dell'impegno cinese. L'obiettivo era quello di permettere ai Paesi più poveri e indebitati di concentrare le loro risorse finanziarie limitate sulla lotta alla pandemia e a salvaguardare le vite e i mezzi di sussistenza di milioni di persone più vulnerabili. Quarantotto dei 73 Paesi ammissibili hanno partecipato all'iniziativa prima della sua scadenza alla fine di dicembre 2021. Tuttavia, l'impatto complessivo della DSSI è rimasto modesto rispetto a quanto necessario. E, in questo caso, si è prospettato il rischio di un ennesimo paradosso: parte dei guadagni derivanti dalla DSSI (che ha coinvolto creditori pubblici multilaterali e bilaterali come la Cina) potrebbero avere l'effetto netto di permettere il rimborso dei debiti nei confronti del settore privato che, pur invitato a partecipare, non ha sostanzialmente aderito all'iniziativa. Il paradosso di un rischio di trasferimento dai creditori ufficiali bilaterali e multilaterali agli obbligazionisti soprattutto occidentali pone al centro dell'agenda politica africana e internazionale la questione irrisolta del cosiddetto partenariato pubblico-privato, una scommessa giocata da molti anni dai governi occidentali e africani per coinvolgere più attivamente, sul piano finanziario, il contributo del settore privato per promuovere uno sviluppo equo e sostenibile in Africa.

La sfida di ripristinare l'attività economica e finanziaria, comprese le strategie per finanziare la fornitura di beni e servizi pubblici, non è differibile in Africa. La Pandemia da COVID-19 ha determinato un calo degli afflussi netti di investimenti diretti esteri (IDE) in Africa del 16% nel 2020, a 40 miliardi di dollari, rispetto ai 47 miliardi di dollari del 2019, cioè un calo significativo. Nel dicembre 2021, la Commissione europea ha annunciato il *Global Gateway*²⁶, una nuova "road map per gli investimenti" per i PVS, da attuare attraverso un approccio Team Europa, che riunisce l'UE e gli Stati membri con le loro istituzioni finanziarie e di sviluppo, comprese la Banca europea

²⁴ <https://odi.org/en/insights/four-lessons-from-zambias-emerging-debt-default/>

²⁵ <http://www.g20.utoronto.ca/2020/2020-g20-finance-0415.html#a2>

²⁶ https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/stronger-europe-world/global-gateway_it

per gli investimenti (BEI) e la Banca europea per la ricostruzione e lo sviluppo (BERS). L'obiettivo è quello di mobilitare 300 miliardi di euro in investimenti infrastrutturali pubblici e privati nel quadro finanziario pluriennale dell'UE 2021-2027. Politicamente, vuole candidarsi ad essere un'alternativa alla strategia infrastrutturale globale cinese "Belt and Road" nei Paesi africani.

La pandemia da COVID-19 ha cambiato radicalmente il contesto macroeconomico in cui opera il settore privato in Africa. Ha influito fortemente sui livelli di indebitamento pubblico e privato, ha ridotto la stabilità finanziaria e ha aumentato il rischio e l'incertezza del credito e degli investimenti, oltre ad altre sfide. A novembre del 2021, il 12° Forum del Settore Privato dell'Unione Africana²⁷ si è concentrato sulle condizioni macroeconomiche che influenzano lo sviluppo del settore privato e sulle riforme necessarie per creare un ambiente imprenditoriale favorevole e un ecosistema imprenditoriale e di innovazione che promuova la produttività e migliori condizioni di lavoro per la crescita e la sostenibilità delle imprese. Il tema del partenariato pubblico-privato a livello interno e internazionale è stato ampiamente richiamato. Dovrebbe essere ovvio, ma qui è utile ripeterlo, che i partenariati per essere sostenibili devono essere basati su principi chiave di trasparenza e correttezza, nonché sulla giustizia sociale, che devono essere rafforzati sia durante che dopo la pandemia, perché i costi sociali e ambientali dovuti a politiche di privatizzazione, liberalizzazione e deregolamentazione patiti nel continente nei decenni passati dovrebbero ormai essere ben noti a tutti.

²⁷ <https://au.int/en/12th-african-union-private-sector-forum>