

## Modulo 4. La dimensione globale della salute

### Concetti fondamentali

**Accesso alle medicine:** la possibilità, per le persone, di avere accesso a medicine e prodotti per la salute che siano sicuri, efficaci e di qualità, acquistabili ad un prezzo equo, in quanto si tratta di un elemento fondamentale della piena realizzazione del diritto alla salute

**Controllo delle malattie:** fa riferimento alle azioni e ai programmi che hanno come obiettivo la riduzione dell'incidenza delle malattie (nuove infezioni), la prevalenza (il numero delle persone attualmente contagiate) o la sconfitta totale della malattia

**Epidemia:** malattia che colpisce un elevato numero di persone all'interno di una stessa comunità, popolazione o regione

**Salute globale:** lo stato di salute della popolazione umana all'interno del contesto mondiale

**Azioni politiche a tutela della salute globale** azioni, pratiche e scelte politiche concrete che governano la sfera della salute globale

**Gestione della salute a livello globale (Global health governance):** regolamentazione a livello mondiale della salute che include attori statali e non statali

**Malattie infettive:** disturbi o patologie causate da microrganismi patogeni, quali batteri, virus, parassiti o funghi e che possono essere trasmesse da un essere umano all'altro, direttamente (attraverso il contatto epidermico o tramite il sangue) oppure indirettamente (attraverso acqua o cibo contaminati)

**Proprietà intellettuale:** creazioni della mente umana quali invenzioni, opere artistiche e letterarie, progetti di design e simboli, nomi e immagini usati nel commercio (WIPO/OMPI)

**Malattie non trasmissibili:** malattie croniche che tendono ad avere una durata lunga e che sono il risultato di una combinazione di fattori genetici, psicologici, ambientali e comportamentali (WHO/OMS)

**Pandemia:** un'epidemia diffusa in più paesi e continenti

**Brevetto:** il diritto esclusivo di utilizzo, garantito per una invenzione, che sia un prodotto o un processo per mettere a disposizione un nuovo modo di svolgere un determinato compito o che offra una soluzione tecnica nuova ad un problema

**Salute pubblica:** l'insieme delle misure (private o pubbliche) previste e organizzate che abbiano come obiettivo la prevenzione della malattia, il prolungamento della vita, la promozione della salute e del benessere per l'intera società

**Diritto alla salute:** parte fondamentale dei diritti umani che include il diritto ad usufruire dei più alti standard di salute fisica e mentale raggiungibili (e non semplicemente l'assenza di malattie o infermità)

**Organizzazione mondiale della sanità:** agenzia specializzata delle Nazioni Unite responsabile della salute pubblica a livello internazionale

**Malattia zoonotica o zoonosi:** malattia infettiva che viene trasmessa tra specie diverse (da animali a umani o da umani ad animali)

## **AREE DI RIFERIMENTO DEI CONTENUTI**

- 1. CHE COSA SI INTENDE PER SALUTE A LIVELLO GLOBALE?**
- 2. LA SALUTE GLOBALE E LA GLOBALIZZAZIONE**
- 3. SALUTE GLOBALE, SVILUPPO e ACCESSO ALLE MEDICINE**
- 4. GESTIONE DELLA SALUTE GLOBALE e AZIONI POLITICHE**

### **1. CHE COSA SI INTENDE PER SALUTE GLOBALE?**

#### **Per quale ragione la salute è una questione globale?**

La questione della salute è emersa nel corso degli ultimi due decenni come questione prominente della cooperazione inter e transnazionale e si è confermata come questione globale con la pandemia del COVID 19. Sebbene le dimensioni internazionali della **salute pubblica** siano già state riconosciute nei secoli XVIII e XIX, si è sempre trattato di un riconoscimento a livello europeo o, al massimo, occidentale, cioè concentrato sull'impatto potenzialmente dannoso della diffusione di malattie trasmissibili sulla salute a livello delle potenze imperiali/coloniali e meno attento al miglioramento della salute delle popolazioni locali nelle regioni colonizzate (McInnes et al., 2019, p.3). Davies et al (2014) identificano quattro livelli di sviluppo della salute pubblica. Al primo livello (1830/1900) la comunità internazionale comincia a rivolgere la propria attenzione alle condizioni fisiche e ambientali quali, per esempio, quelle legate all'acqua pulita, all'aria, al sistema fognario, alla sicurezza alimentare e alla sicurezza sul lavoro.

Il secondo livello (1890/1950) è caratterizzato da un progresso scientifico che ha portato alla produzione dei primi vaccini contro malattie trasmissibili come il vaiolo. Il terzo livello (1940/1980) ha puntato allo sviluppo dei trattamenti (contro infezioni da batteri o virus e contro i tumori). Il quarto livello è cominciato nel 1960 e ha definito il legame tra salute e fattori socio-economici, chiarendo cioè che una cattiva condizione di salute è spesso originata da fattori quali povertà, discriminazione di genere e ineguaglianza (vedi Modulo 2: Globalizzazione, Ricchezza e Povertà).

Fu soltanto a partire dagli anni 90 del secolo scorso che la salute cominciò ad essere considerata come una questione globale e non più soltanto nazionale. Le ragioni di questo cambiamento sono tre. Innanzitutto, abbiamo compreso che la salute umana è profondamente condizionata dai processi legati alla **globalizzazione**. Tali processi hanno infatti aumentato la velocità e **la diffusione dei focolai delle malattie** a causa della maggiore intensità di interazioni transnazionali (influenza aviaria, AIDS/HIV, SARS, Epatite C, Virus del Nilo occidentale, COVID 19), mentre abbiamo visto il ritorno di altre malattie a causa di ceppi resistenti ai farmaci. Contemporaneamente, la globalizzazione ha facilitato l'azione a livello globale dell'industria farmaceutica e migliorato significativamente la capacità della comunità scientifica internazionale di prevenire o limitare gli effetti dannosi delle malattie sulla salute. Questo insieme di fattori ha determinato una maggiore

consapevolezza del fatto che le sfide della salute globale trascendono i confini nazionali e richiedono un'azione collettiva che vada oltre la mera cooperazione internazionale tra gli stati (Sparke, 2019)

In secondo luogo, l'emergere regolare di crisi legate alla questione della salute nel XXI secolo (ricorrenti focolai di Ebola, 2002-2003, SARS, l'influenza aviaria del periodo 2003-2005, Zika nel 2016 e, più di recente, la pandemia COVID 10 e il vaiolo delle scimmie), ha messo a rischio intere popolazioni tanto nel cosiddetto **Sul globale** quanto nel **Nord globale**. Il potenziale impatto delle malattie infettive come di altre questioni legate alla salute quali la resistenza antimicrobica, le malattie non trasmissibili (cancro, diabete, ecc.) o la minaccia alla sicurezza nazionale e alla stabilità del paese attraverso il bioterrorismo non può quindi più essere considerato soltanto il problema di alcuni paesi a basso reddito ma riguarda anche (McInnes et al., 2019) i paesi a medio e alto reddito (il Nord globale). Inoltre, una condizione di salute precaria non è più solo un problema sanitario ma riguarda, a livello globale, l'economia, il commercio, i diritti umani e tutte le questioni dello sviluppo (Stoeva, 2016) (vedi anche Global health and development).

In terzo luogo, il relativo fallimento dei programmi internazionali di sviluppo e di assistenza alla salute (nell'ambito della prevenzione della malattia e dell'accesso alle medicine) ha lasciato i paesi del Sud globale in una situazione di rischio sproporzionato nei confronti della malattia mentre, al tempo stesso, ha aumentato il costo della **regolamentazione globale della salute** (Davies et al., 2014). La salute globale è stata uno degli obiettivi fondamentali tra gli Obiettivi di sviluppo sostenibile (SDGs/OSS), coerentemente con la convinzione che sia un dovere dei paesi 'ricchi' aiutare quelli in difficoltà (McInnes et al., 2019). Come definito dallo studio di Gill e Benatar (2016) "ciò che distingue gli effetti della condizione di salute in una comunità globale non è tanto *dove* ti trovi ma a *quale* gruppo sociale appartieni", il che significa che i poveri nei paesi ad alto reddito (come il Giappone) hanno molto in comune in termini di salute con i poveri nei paesi a reddito basso (come il Venezuela) di quanto non abbiano con i ricchi nei paesi a reddito alto.

### **Riquadro 1 AIDS**

La sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) è causata dal virus dell'immunodeficienza umana (HIV) il quale indebolisce il sistema immunitario di una persona distruggendo le cellule che combattono la malattia o l'infezione. Si tratta di un'infezione zoonotica trasmessa dagli animali (i primati) agli umani. Si è sviluppata per la prima volta nel decennio del 1980 nell'Africa Centrale (i primi casi riportati risalgono al 1983), si è poi rapidamente diffusa a livello mondiale nei decenni successivi (Global Fund, 2022). Nel 1987 è stato confermato il nome HIV per differenziare i periodi in cui una persona è infetta (HIV) e i periodi in cui una persona si ammala (AIDS) (Whiteside, 2019). Il virus HIV viene trasmesso sessualmente per via anale o vaginale, attraverso la condivisione di siringhe o altra attrezzatura per l'uso di droghe. Soltanto alcuni fluidi da una persona che ha contratto l'HIV possono trasmettere la malattia e questi sono: il sangue, il liquido seminale, fluidi pre-seminali, fluidi rettali, fluidi vaginali e latte materno. Il virus HIV non può essere trasmesso

attraverso la saliva, le lacrime o il sudore, né abbracciandosi, dandosi la mano o attraverso il cosiddetto bacio "sociale" e non è trasmesso da zanzare, zecche o altri insetti. (Global Fund, 2022).

Sebbene non ci sia ancora, attualmente, una cura per l'AIDS, la scienza ha fatto grandi progressi e il virus HIV può adesso essere tenuto sotto controllo. Le persone contagiate possono avere una vita lunga e godere di buona salute come le persone HIV negative se vengono trattate con la terapia antiretrovirale (ARVs). Per prevenire le infezioni da HIV in una persona HIV negativa può essere usata la profilassi antiretrovirale chiamata PrEP (Profilassi pre-espositiva). La PrEP è utilizzata da persone che hanno avuto un'esposizione specifica ad alto rischio HIV attraverso il sesso o l'iniezione di droghe (CDC 2022). Tuttavia, a causa dei prezzi elevati e di una maggiore consapevolezza, l'accesso a queste medicine è principalmente limitato al Nord globale e discrimina sia le persone in condizioni di bisogno, ovvero i paesi del Sud Globale che hanno alti livelli di infezione, sia di i poveri che non possono permettersi questo trattamento.

## **Presenza di potenziali pregiudizi nello studio della salute globale**

Sebbene gli studi sulla salute globale non siano una novità e questo tema sia stato vigorosamente analizzato come ambito della politica internazionale, persistono ancora diversi pregiudizi nella letteratura che si occupa di salute globale. La maggior parte degli studi **marginalizza** alcuni attori internazionali in base a fattori geografici, di razza, genere o status socioeconomico, rimanendo **centrata sull'Occidente**.

Da un lato, le questioni sanitarie sono state percepite prevalentemente come un problema del Sud del mondo, dei Paesi a basso reddito e dei "poveri". Dall'altro lato, la politica e la gestione della salute globale sono ancora dominate principalmente da leader, scienziati e ricercatori privilegiati, soprattutto bianchi e maschi. Questo sistema non fa altro che sostenere, replicare ed esacerbare le differenze di potere esistenti all'interno del sistema globale.

Recentemente, i problemi di salute globale sono stati percepiti e compresi principalmente come questioni di sicurezza piuttosto che di sanità pubblica nelle relazioni internazionali. Questa "securitization" della salute globale è evidente nel definire le preoccupazioni sanitarie (come l'HIV/AIDS) come potenziali rischi per la pace e la sicurezza internazionale o includendole nelle strategie di sicurezza nazionali e globali (Harman, 2023), con conseguenze per il razzismo, la xenofobia e la discriminazione. La prassi seguita nei diversi Stati ne dà conferma, come si è visto chiaramente nella reazione degli stessi durante la pandemia di COVID-19, nel dichiarare crisi di sicurezza nazionale ed emergenze. Secondo Harman (2023), la preoccupazione è che "ciò crei nuove forme di discriminazione e limitazione ed esasperi le pratiche esistenti, in particolare nei confronti di gruppi marginalizzati o minoritari".

Si riflette anche sugli Studi sulla salute globale, spesso idealizzati ed eccessivamente focalizzati sulle risposte efficaci alle epidemie e sul ruolo determinante delle istituzioni internazionali nella loro azione di prevenzione e regolamentazione. Alcune aree del mondo, che convivono da decenni con minacce continue alla sicurezza sanitaria, hanno ricevuto scarsa o nessuna attenzione da parte della politica globale, dei media e dell'opinione pubblica.

### **Riquadro 2 Ebola**

Ebola, nota anche come malattia da virus Ebola (MVE), è stata identificata per la prima volta nel 1976 vicino al fiume Ebola in Sudan e nella Repubblica Democratica del Congo. L'origine del virus è ancora sconosciuta, tuttavia gli scienziati ritengono che la MVE sia trasmessa dagli animali. Il virus è presente in pipistrelli, esseri umani e altre scimmie (CDC, 2022) e si trasmette dagli animali agli esseri umani (attraverso il contatto con tessuti o fluidi corporei durante la manipolazione o la macellazione di animali) oppure tra persone attraverso contatto diretto (con sangue o altri fluidi corporei o secrezioni). Anche le pratiche tradizionali di funerale e sepoltura (lavaggio del corpo a mano oppure omaggio attraverso il contatto fisico) giocano un ruolo chiave nella trasmissione (Kaner e Schaack, 2016).

Per molto tempo l'Ebola è stata considerata una malattia che colpisce solo i poveri e il Sud del mondo, non rappresentando una minaccia per il resto del pianeta. Di conseguenza, gli investimenti nella ricerca di una cura sono stati scarsi. Solo quando il virus ha iniziato a diffondersi periodicamente a livello globale e a rappresentare una minaccia diretta per il Nord del mondo, gli sforzi per trovare un vaccino si sono intensificati. Infine, nel 2019 è stato approvato il primo vaccino contro l'Ebola (chiamato Ervebo), seguito da un secondo (Zabdeno e Mvabea) nel 2020.

### **Definire la salute globale**

La salute globale può essere definita come la salute della popolazione umana in un contesto mondiale (McInnes et al., 2019). Ciò significa che le sfide sanitarie si estendono oltre territori geografici definiti o confini di stati e non possono essere risolte dai singoli paesi che lavorano in modo isolato in quanto richiedendo piuttosto soluzioni globali. E' quindi inevitabile che la politica e la pratica della salute globale includano una vasta gamma di attori statali e non statali: organizzazioni internazionali (come l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), la Banca Mondiale (BM)), società private o transnazionali (come compagnie farmaceutiche, istituti di ricerca), organizzazioni della società civile (come Associazione per la lotta all'AIDS, Medici Senza Frontiere, Global Fund, Oxfam), fondazioni caritative (come PanAfricare, Fondazione Rockefeller o Wellcome Trust) e singoli individui (come Bill e Melinda Gates) (Harman, 2023).

Un'altra caratteristica della salute globale è la sua natura transdisciplinare, il che significa che la salute interagisce con altri ambiti politici (globali) quali il commercio, la sicurezza, lo sviluppo e i diritti umani. Ad esempio, nell'aiuto allo sviluppo (cooperazione internazionale) la salute globale è un elemento chiave per ridurre la povertà e fornire i bisogni primari; nella sicurezza, la salute globale è un mezzo per ridurre tutto ciò che minaccia l'esistenza di uno stato; nel commercio, la salute globale è considerata un elemento fondamentale per la stabilità macroeconomica e in generale, la salute globale è considerata un diritto umano fondamentale in sé (McInnes et al., 2019).

## 2. SALUTE GLOBALE E GLOBALIZZAZIONE

La globalizzazione ha plasmato la salute globale in molteplici modi. L'emergere di una rete complessa di interconnessioni e interdipendenze ha portato a una situazione in cui "le nostre vite sono sempre di più modellate da eventi che si verificano e decisioni che vengono prese a grande distanza da noi" (Heywood, 2015, p. 8). Pertanto, la globalizzazione ha ridotto la rilevanza della distanza geografica e dei confini territoriali, nel senso che eventi locali, nazionali, internazionali e globali interagiscono costantemente. Ciò significa che, in un mondo globalizzato, le emergenze sanitarie non possono essere contenute all'interno dei confini di ciascuno stato né determinate da soli fattori interni e le decisioni internazionali influenzano sia le politiche sanitarie nazionali sia il benessere individuale (Stoeva, 2019, p. 105). Questo non vale solo per i focolai di malattie infettive, ma è evidente anche in altre questioni sanitarie quali le pratiche delle grandi multinazionali del settore alimentare e delle bevande (tabacco), l'uso diffuso di antibiotici e la potenziale resistenza agli antimicrobici o la crescente popolarità di alimenti potenzialmente dannosi (McInnes, 2019).

Allo stesso tempo, processi economici, culturali e politici mondiali hanno modificato sostanzialmente il contesto della salute globale. La globalizzazione economica ha creato un'unica economia mondiale. Da un lato, ha consentito l'intensificazione dei viaggi e degli scambi internazionali, l'internazionalizzazione della produzione (farmaceutica), un migliore accesso ai medicinali e ha creato tendenze globali per migliori standard di salute pubblica e consumo. Queste interdipendenze confermano che "nessuna parte del mondo può rimanere isolata dalle malattie trasmissibili emergenti e riemergenti, né dalle malattie non trasmissibili prevalenti" (Stoeva, 2019, p. 106), e che i problemi globali richiedono soluzioni globali. D'altra parte, la globalizzazione economica ha avuto anche alcuni effetti dannosi sulla salute (globale) tanto nel Sud quanto nel Nord del mondo. La prevalenza delle teorie neoliberiste nelle strategie di sviluppo di tutte le principali organizzazioni economiche internazionali come la Banca Mondiale (BM), il Fondo Monetario Internazionale (FMI) e l'Organizzazione Mondiale del Commercio (OMC), ha promosso la liberalizzazione degli scambi, la privatizzazione, la deregolamentazione delle imprese e della finanza, l'austerità del settore pubblico e la riduzione delle tasse, come i mezzi più appropriati per adattarsi alle forze del mercato globale. In generale, questo ha causato (direttamente o indirettamente) gravi **tagli di bilancio alla spesa sanitaria, all'istruzione e ad altre forme di protezione sociale**, imposto ticket d'ingresso per i servizi sanitari e indebolito i salari nel settore sanitario (Sparke, 2019, pp. 10-11). Non solo l'idea che la crescita economica avrebbe infine realizzato una generale condizione di buona salute si è rivelata

fragile, ma in alcuni casi (in particolare nel Sud del mondo) è avvenuto esattamente il contrario. Secondo Oxfam (2018), le disuguaglianze di reddito all'interno dei paesi sono aumentate e hanno ridotto la disponibilità di opzioni di trattamento e prevenzione per i poveri e per le persone economicamente precarie in tutto il mondo. L'accesso ai medicinali salvavita è stato compromesso a causa dei prezzi monopolistici delle compagnie farmaceutiche e della protezione dei brevetti sui farmaci inserita negli accordi di libero scambio protetti dall'Accordo sugli aspetti commerciali dei diritti di proprietà intellettuale (TRIPS) dell'OMC (vedi Salute globale e accesso ai medicinali).

Allo stesso tempo, la globalizzazione ha influenzato anche i processi e le strutture politiche in modo tale che le responsabilità politiche per la salute globale sono state (almeno in parte) trasferite dai governi nazionali ad attori non statali, come istituzioni intergovernative, organizzazioni della società civile, fondazioni filantropiche, enti caritativi e organizzazioni aziendali private (Heywood, 2015; McInnes, 2019). Tutti questi enti interferiscono con le politiche pubbliche governative nel campo della salute in modi diversi. È stato dimostrato che le fondazioni filantropiche e le organizzazioni caritative modificano i sistemi sanitari nazionali determinando le campagne sanitarie nazionali e pre-selezionando le priorità sanitarie per i governi beneficiari (Harman, 2023). Le compagnie farmaceutiche, come è stato chiaramente dimostrato in passato (pandemia di AIDS) ma anche nella più recente pandemia di COVID-19, hanno influenzato la pianificazione della preparazione alle pandemie e lo stoccaggio di antivirali (Davies et al., 2014). Le organizzazioni intergovernative (vedi Governance e politica della salute globale) sono diventate responsabili dell'agenda e hanno inserito la salute globale tra le iniziative che sono state poi introdotte nelle dichiarazioni politiche nazionali su sviluppo, politica estera e sicurezza (McInnes et al., 2019, p. 6). Mentre alcune delle iniziative e delle azioni di questi attori non statali hanno avuto un impatto positivo sulla salute globale, soprattutto fornendo le risorse umane e finanziarie necessarie, hanno tuttavia anche limitato il ruolo dei governi nella pianificazione sanitaria nazionale, nelle normative sulla sicurezza sanitaria (pubblica) globale e nella preparazione alle pandemie. Questo suscita preoccupazioni sulla mancanza di responsabilità democratica degli attori non statali e sul loro approccio alla salute globale orientato al mercato, che potenzialmente crea nuove vulnerabilità sanitarie e una corsa al ribasso per i diritti alla salute (Sparke, 2019, p. 16; Harman, 2023). Richiama tutti, infine, ad una regolamentazione globale delle questioni sanitarie.

### **3. SALUTE GLOBALE, SVILUPPO E ACCESSO AI MEDICINALI**

La salute globale è strettamente legata all'assistenza allo sviluppo e alla cooperazione internazionale. I problemi sanitari sono particolarmente gravi nei Paesi a basso e medio reddito. Non tanto perché tali problematiche si manifestano più frequentemente in alcune aree geografiche, ma perché questi Paesi dipendono dall'aiuto bilaterale di altri Stati e/o dalle istituzioni sanitarie globali per affrontare le questioni e le crisi sanitarie (Sparke, 2019). Di conseguenza, si è creato un rapporto donatore-ricevente tra Paesi ricchi e Paesi poveri e tra organizzazioni internazionali e Paesi poveri, che non sempre soddisfa i

desideri e le necessità dei Paesi riceventi. Spesso la maggior parte dell'attenzione e dei fondi è assegnata alle malattie infettive e ai rischi (come i virus) che sono considerati potenzialmente più minacciosi per gli Stati donatori e non alle carenze dei sistemi sanitari dei riceventi, come infrastrutture, educazione sanitaria o fornitura di medicinali. I Paesi donatori attuano una loro progettazione e mettono in atto politiche non sostenute da attenzione alle specifiche condizioni non sanitarie (riforme economiche o politiche) che i Paesi riceventi devono soddisfare, con un impatto negativo sui loro sistemi sanitari. Questo sviluppo suscita preoccupazione relativa al fatto che la salute globale possa creare nuove forme di dipendenza e sfruttamento dei riceventi (i poveri) da parte dei donatori (i ricchi), costruendo un sistema che ricorda l'eredità del colonialismo (Harman, 2023).

L'accesso ai medicinali è stato definito come una componente fondamentale per la piena realizzazione del diritto alla salute. Si tratta della possibilità di ottenere un accesso economicamente sostenibile e necessario a medicinali e prodotti sanitari sicuri, efficaci e di alta qualità, ed è stato il modo predominante per affrontare le questioni sanitarie globali nel XX secolo (McInnes et al., 2019). Abbiamo bisogno di medicinali per alleviare la sofferenza, prevenire, diagnosticare e curare le malattie, controllare o fermare i focolai di malattie infettive e garantire la sicurezza o addirittura salvare vite (Moon e 't Hoen, 2019). Tuttavia, poiché le nuove malattie appaiono più frequentemente e si diffondono più velocemente, fornire aiuto consentendo l'accesso ai medicinali a chi ne ha bisogno è diventato più impegnativo. I prezzi elevati, la concentrazione del settore farmaceutico in un numero ristretto di aziende (monopoli) e la protezione dei brevetti hanno creato enormi disuguaglianze all'interno e tra i vari Paesi. Hanno inoltre scatenato accesi dibattiti politici "sul ruolo e sulle singole responsabilità degli Stati rispetto ai mercati nell'ambito della salute globale, e sul giusto equilibrio tra il diritto alla salute e gli interessi economici"

(ibid., p. 2).

### **Riquadro 3 COVAX e nazionalismo vaccinale**

COVAX (COVID-19 Vaccine Global Access) è un'iniziativa globale della Coalizione per le innovazioni in materia di preparazione alle epidemie (CEPI), Gavi e l'OMS (con l'UNICEF) per garantire un accesso equo e giusto ai vaccini, ai trattamenti e alla diagnostica COVID-19 per tutti i Paesi membri. Subito dopo l'inizio della pandemia di COVID-19 è risultato chiaro che, per porre fine a questa emergenza sanitaria, non abbiamo solo bisogno di vaccini COVID-19, ma dobbiamo anche dare garanzia che tutti nel mondo, indipendentemente dalla loro ricchezza, vi abbiano accesso una volta disponibili. Senza possibilità di accesso universale, aumenterà notevolmente il rischio che la maggior parte delle persone rimangano scoperte e questo permetterebbe al virus di continuare a diffondersi (Gavi, 2022). COVAX ha pianificato di consegnare oltre 2 miliardi di dosi di vaccini (il 20% del fabbisogno dei vaccini) entro il primo trimestre del 2022 a oltre 92 Paesi a basso reddito, sostenendo anche i Paesi a medio e alto reddito (OMS, 2022).

Tuttavia, l'implementazione di COVAX ha dovuto affrontare diversi ostacoli ed è stata oggetto di dure critiche per le sue prestazioni inferiori alle attese. Ad inizio 2022, COVAX è stato in grado di distribuire solo un miliardo di dosi di vaccino ai Paesi a basso reddito (Clinton e Yoo, 2022). Il nazionalismo vaccinale e l'accaparramento da parte del Nord del mondo sono stati identificate come le cause principali del fallimento, da parte di COVAX, di allocare e distribuire i vaccini COVAX 19 in modo efficace ed efficiente. “Il nazionalismo vaccinale è una strategia economica per accaparrare vaccini e aumentare la fornitura a vantaggio del proprio paese” (Riaz et al., 2021). L'idea è quella di fare scorta (andando anche molto oltre le necessità reali della popolazione) e vaccinare la nazione al più presto, indipendentemente dall'impatto che questa scelta potrebbe avere nel resto del mondo, data la limitata capacità produttiva di una fornitura a livello globale (Clinton e Yoo, 2022). Ad esempio, più della metà delle dosi prodotte nel 2021 è stata acquistata in anticipo da paesi ad alto reddito, sebbene questi ultimi rappresentino solo il 13% della popolazione mondiale. Questa scelta determina uno svantaggio per il Sud del mondo che ha già un livello economico inferiore e fatica a pagare per la vaccinazione delle proprie popolazioni (Riaz et al., 2021). Il nazionalismo vaccinale e l'accaparramento delle scorte rivelano inoltre i limiti della governance sanitaria globale nel riconoscere che, per ridurre la capacità di trasmissione del virus tra popolazioni diverse, una parte significativa della popolazione globale deve essere vaccinata.

Prima degli anni Novanta l'accesso ai medicinali si concentrava principalmente sull'uso di farmaci generici (più economici) a buon mercato, ampiamente disponibili e necessari nel Sud del mondo. Questa scelta era parte di una strategia internazionale più ampia volta a consentire l'assistenza sanitaria di base in tutto il mondo e rifletteva l'idea che la selezione e la fornitura di medicinali essenziali fosse una responsabilità fondamentale del governo (Moon e 't Hoen, 2019, p. 4). Negli anni 90 questo approccio è cambiato a causa dell'accordo TRIPS dell'OMC, accordo che ha consentito la protezione dei brevetti (e aumentato i prezzi dei medicinali) e creato una situazione in cui i farmaci generici economici non sarebbero stati accessibili nei Paesi in cui invece erano più necessari (Whiteside, 2019). Paradossalmente, questo sviluppo ha coinciso con la crescente crisi globale dell'HIV e la mancanza di farmaci anti-HIV a prezzi accessibili, provocando un effetto dannoso per le popolazioni vulnerabili sia nel Sud sia nel Nord del mondo (vedi Case Study 1 sull'AIDS/HIV).

Da allora, il prezzo dei medicinali e la protezione dei brevetti hanno polarizzato il dibattito sull'importanza dell'accesso ai farmaci per la salute globale. Sebbene un maggiore accesso ai medicinali sia stato incluso come obiettivo sia negli Obiettivi di Sviluppo del Millennio (OSM target 6: combattere l'HIV/AIDS, la malaria e altre malattie) sia negli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (Obiettivo 3: Salute e benessere per tutti), i progressi sono stati, nella migliore delle ipotesi, limitati, distribuiti in modo molto asimmetrico e hanno ulteriormente diviso il Sud del mondo dal Nord (Harmer e Kennedy, 2019). Si possono individuare almeno tre ragioni che hanno determinato questo scenario. In primo luogo, i medicinali rappresentano in media il 20-30% della spesa sanitaria totale degli Stati e sono di particolare interesse per il Sud del mondo, poiché i Paesi a basso reddito spendono di

più per i medicinali (in alcuni casi fino al 60% della spesa sanitaria totale) rispetto ai Paesi ad alto reddito (Moon e 't Hoen, 2019). AIDS, malaria e tubercolosi rimangono le principali cause di morte nei Paesi a basso reddito, soprattutto nell'Africa sub-sahariana (OMS, n.d.). Pertanto, i Paesi a basso reddito devono affrontare un maggior carico di malattie, hanno minori capacità di pagamento e dipendono maggiormente dai medicinali. Inoltre, altre questioni globali come l'invecchiamento della popolazione e la crescita delle malattie croniche hanno aumentato la domanda di farmaci a livello mondiale, rendendo ancora più difficile per i Paesi a basso reddito l'accesso ai medicinali stessi.

In secondo luogo, l'assistenza sanitaria e i farmaci sono anche economicamente molto redditizi. Il settore sanitario rappresenta quasi un decimo dell'economia globale (si stima 9 trilioni di dollari statunitensi) e la spesa per i medicinali aumenta a un ritmo superiore al 6 per cento all'anno in un mercato farmaceutico da 1.135 miliardi di dollari (Moon e 't Hoen, 2019). Secondo un rapporto di Quintiles IMS (2017), la maggior parte della spesa per i medicinali viene utilizzata per i nuovi farmaci e meno per i generici. Gli investimenti globali in ricerca e sviluppo nel settore sanitario sono stimati in 240 miliardi di dollari statunitensi, ma sono finanziati principalmente da privati (60%) e concentrati nei Paesi ad alto reddito. Le aziende farmaceutiche che sviluppano medicinali provengono principalmente dal Nord del mondo e spingono per norme rigide sulla proprietà intellettuale (anche per i medicinali essenziali). Ciò significa che i medicinali sono protetti da brevetti che mantengono alti i prezzi dei farmaci e ne negano l'accesso ai Paesi del Sud globale. La protezione dei brevetti e gli elevati prezzi dei medicinali sono di solito giustificati economicamente dagli alti costi di ricerca e sviluppo necessari per produrre medicinali e tecnologie. Senza tale protezione e margine di profitto, le aziende farmaceutiche non sarebbero in grado, né sarebbero disposte, ad investire. Tuttavia, esiste anche un argomento normativo contro applicazioni rigide della protezione dei brevetti, in particolare in casi di emergenze di salute pubblica (come le pandemie) e la fornitura di medicinali essenziali a prezzi accessibili per tutti coloro che ne hanno bisogno. Anche nei casi in cui i farmaci generici siano consentiti, rimane la questione di dove possano essere prodotti e ottenuti (Moon e 't Hoen, 2019) poiché spesso i Paesi a basso reddito non hanno il *know-how* e/o le risorse necessarie per la loro produzione.

In terzo luogo, mentre i medicinali sono per lo più disponibili per le principali priorità globali come AIDS/HIV, tubercolosi, malaria e vaccini infantili, per altre malattie come l'epatite C e i farmaci antitumorali, la protezione della proprietà intellettuale e i prezzi dei medicinali rimangono alti e accessibili solo ai paesi che possono permettersi di sostenere una spesa così elevata. L'innovazione farmaceutica ha inoltre trascurato alcune malattie che per lungo tempo hanno caratterizzato il Sud del mondo, ma che hanno dimostrato di avere un potenziale pandemico come Ebola, Zika, SARS e influenza aviaria. Inoltre, le malattie non trasmissibili, un tempo limitate principalmente al Nord del mondo (come diabete, tumori, malattie cardiovascolari, infarto e ictus e malattie respiratorie croniche), si sono globalizzate e colpiscono ora una vasta parte della popolazione mondiale.

## **Caso di studio 1: Epidemiologia ed economia della pandemia di AIDS/HIV**

All'inizio del millennio la pandemia di AIDS/HIV aveva raggiunto un punto tale da essere considerata non solo un'emergenza sanitaria e medica, ma anche un problema riguardante la sicurezza, l'economia e di diritti umani, quindi una crisi globale (Sparke, 2019). La pandemia di AIDS/HIV ha determinato la formazione di un ampio gruppo di sostenitori a favore di un intervento immediato e di livelli di finanziamento senza precedenti. Ha inoltre svolto un ruolo centrale nel garantire l'accesso ai medicinali nel Sud del mondo, tanto che su 37,7 milioni di persone infette da HIV, 27,5 milioni sono in terapia antiretrovirale (Global Fund, 2022).

Tuttavia, al culmine della pandemia negli anni 90, l'accesso alla terapia antiretrovirale era limitato per la maggior parte alle persone sieropositive, di cui il 95% si trovava nel Sud del mondo. L'alto costo dei farmaci (10.000 dollari statunitensi per paziente all'anno) e l'attuazione dell'accordo TRIPS dell'OMC hanno impedito la produzione di farmaci generici più economici proprio nei Paesi dove la malattia era più diffusa e dove poteva salvare molte vite umane (Hein e Moon, 2013). Questa situazione ha determinato una reazione di indignazione pubblica globale e messo sotto pressione le compagnie farmaceutiche affinché consentissero la produzione e l'uso di farmaci generici ampiamente brevettati in casi di problemi urgenti di sanità pubblica (Moon e 't Hoen, 2019, p. 8). Il Sudafrica è stato uno dei Paesi più colpiti dalla pandemia di HIV e uno dei primi a eliminare l'effetto di monopolio dei brevetti per la terapia antiretrovirale (Harman, 2023). Tuttavia, l'accesso a farmaci per l'HIV a prezzi accessibili e disponibili non sarebbe stato possibile senza l'industria farmaceutica generica indiana. A differenza di alcuni dei Paesi più colpiti del Sud del mondo, l'India era in possesso sia delle conoscenze sia delle risorse per la produzione generica di medicinali su larga scala. Nel 2001 il produttore di farmaci indiano Cipla iniziò a produrre terapia antiretrovirale a un costo inferiore a un dollaro al giorno, dimostrando non solo che si potevano produrre farmaci a basso costo, ma anche che il trattamento dell'HIV è fattibile in contesti con risorse limitate. La conseguenza immediata fu un cambiamento delle regole dell'OMC sui diritti di proprietà intellettuale a Doha, che ha consentito l'acquisto di farmaci generici da parte dei governi e di eventuali donatori per proteggere la salute pubblica globale (Moon e 't Hoen, 2019, p. 9-11).

L'AIDS/HIV ha anche rivelato che un approccio puramente biomedico alle epidemie/pandemie (cioè il fornire l'accesso ai medicinali) è insufficiente e che dovrebbero essere affrontate anche altre cause profonde della vulnerabilità (oltre alla povertà). L'HIV è un esempio di malattia di genere, ovvero le donne hanno (due volte) più probabilità di contrarre il virus rispetto agli uomini a causa della loro marginalizzazione sociale ed economica (Global Fund, 2022). In media, le donne subiscono più violenza e hanno meno potere nel controllo dei rapporti sessuali, sono le principali figure assistenziali per i malati e dipendono economicamente dagli uomini (Whiteside, 2019, p. 12). Oltre alle donne, altri gruppi chiave per l'HIV sono uomini gay, bisessuali e altri uomini che hanno rapporti sessuali con uomini, transgender, operatori del sesso, tossicodipendenti e detenuti. Questi gruppi subiscono marginalizzazione sociale (stigma), vengono criminalizzati e subiscono violazioni dei diritti umani che impediscono loro di accedere ai servizi sanitari, esponendoli ad un rischio maggiore di infezione da HIV (Global Fund, 2022).

#### 4. GESTIONE e POLITICA DELLA SALUTE GLOBALE

L'accesso ai medicinali o ad altri interventi di tipo farmaceutico non è sufficiente a garantire la sicurezza sanitaria globale a tutti, e occorre che venga supportato da altre forme di cooperazione internazionale e regolamentato a livello globale. Gli sforzi internazionali per contenere le epidemie di malattie infettive (come Ebola, SARS, Zika, influenza aviaria) sono già emersi nel XX secolo e sono stati il fattore principale per la creazione delle prime istituzioni intergovernative regionali e globali in questo campo (Stoeva, 2016). Tuttavia, i problemi di salute del XX secolo erano ancora prevalentemente dominio della politica interna (nazionale) e come tali considerati "politica bassa" nelle relazioni internazionali, ovvero non di importanza strategica, con solo alcuni aspetti tecnici (come la fornitura di vaccini e la notifica delle malattie) che richiedevano una cooperazione internazionale (McInnes, 2019, p. 2). Questo scenario è cambiato all'inizio del XXI secolo quando vari focolai epidemici hanno richiesto un ruolo più attivo della comunità internazionale nell'aiutare i bisognosi e nel promuovere la salute globale come parte delle strategie di riduzione della povertà (vedere Modulo 2: Globalizzazione, ricchezza e povertà). Inoltre, la diffusione allarmante di malattie trasmissibili ha chiarito che per limitare gli effetti negativi delle emergenze sanitarie globali, fornire accesso ai medicinali non è sufficiente e deve essere integrato da ulteriori misure interne volte a migliorare sia gli standard nazionali di sanità pubblica sia il grado di cooperazione politica (internazionale) (McInnes et al., 2019). Più di recente, con la pandemia di COVID-19, la salute globale è stata riconosciuta come un problema di "alta politica" nell'agenda internazionale, a causa del suo impatto significativo sulla sicurezza nazionale e globale, nonché sulla politica estera, sul commercio e sui diritti umani (Harman, 2023). Il risultato di questa visione è una gestione della salute globale strutturata su più livelli e con forme diverse di attori (nazionali, internazionali e transnazionali) nella promozione della salute globale.

Nel 1948 fu istituita l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), un'agenzia specializzata delle Nazioni Unite responsabile della cooperazione sanitaria internazionale. Nel suo preambolo, la salute è stata definita come un diritto umano fondamentale, ovvero uno "stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non solamente l'assenza di malattia o infermità" (Packard, 2016, p. 89). Inoltre, i governi sono stati ritenuti responsabili della protezione della salute dei cittadini "attraverso l'adozione di adeguate misure sanitarie e sociali" (ibidem). Con la creazione dell'OMS, l'universalizzazione dei diritti sanitari è diventato un obiettivo comune a livello globale (Harman, 2023), migliorando gli standard di sanità pubblica, aumentando l'accesso a medicinali come antibiotici e antivirali e consentendo iniziative collettive per la sorveglianza globale delle malattie (trasmissibili) per prevenire e limitare gli effetti delle emergenze sanitarie. L'OMS è stata a lungo occasione di dibattito politico stabilendo linee guida e regolamenti internazionali per proteggere e promuovere la salute (Moon e 't Hoen, 2019). Tuttavia, anche prima della pandemia di COVID-19, l'OMS è stata sottoposta ad un attento esame poiché alcuni paesi hanno apertamente messo in discussione l'utilità, la gestione e l'efficacia delle sue operazioni e del sistema sanitario globale in generale (McInnes, 2019). L'epidemia di Ebola del 2014-2016 è un esempio lampante dell'importanza di una gestione sanitaria globale (vedere Case study 2 sull'epidemia di Ebola 2014-2015).

---

## **Caso di studio 2: L'epidemia di Ebola e l'importanza della gestione sanitaria globale**

Il 23 marzo 2014, l'OMS ha annunciato la più grande epidemia della storia da virus Ebola (Ebola), epidemia iniziata in una zona forestale della Guinea e che in breve tempo aveva raggiunto i paesi confinanti (Liberia e Sierra Leone). Sebbene l'epidemia si sia diffusa anche in altre parti del mondo (Italia, Mali, Nigeria, Senegal, Spagna, Regno Unito e Stati Uniti), l'impatto maggiore si è avuto nell'Africa occidentale. Entro il mese di aprile 2016 erano stati segnalati un totale di 28.652 casi, di cui 11.325 (40%) mortali (Kaner e Schaack, 2016). In precedenza, le epidemie di Ebola avevano ucciso un numero relativamente basso di persone, erano di breve durata e limitate a comunità rurali isolate. Esistono due fattori principali che contribuiscono a spiegare come e perché questo focolaio sia stato diverso dagli episodi precedenti.

In primo luogo, i sistemi sanitari di tutti e tre i paesi (Guinea, Liberia e Sierra Leone) erano deboli, con carenza di personale, risorse insufficienti e impossibilitati a fornire servizi sanitari di base alle loro popolazioni (CDC, 2022). Secondo un rapporto del Save the Children Fund (2015), nel 2012 il governo liberiano aveva speso 20 dollari USA a persona all'anno per la salute, la Sierra Leone 16 dollari USA e la Guinea 9 dollari USA, ben al di sotto degli 86 dollari USA raccomandati dall'OMS per un pacchetto minimo di servizi essenziali. Questa mancanza di spesa sanitaria è evidente anche nel numero di medici, infermieri, ospedali, cliniche e attrezzature mediche. In Liberia c'era un operatore sanitario ogni 3.472 abitanti e in Sierra Leone uno ogni 5.319. In confronto, la Norvegia ha un operatore sanitario ogni 56 persone e spende 7.704 dollari USA a persona per la salute. Questi fattori hanno contribuito alla diffusione del virus nei centri urbani densamente popolati, dove la trasmissione è stata ancora più rapida.

In secondo luogo, la risposta internazionale è stata lenta e inadeguata. I sistemi di sorveglianza delle malattie esistenti non hanno funzionato o sono stati ostacolati da diverse pratiche regionali di controllo delle infezioni e dalle pratiche culturali e tradizionali prevalenti nell'Africa occidentale (Save the Children, 2023). Solo nell'agosto 2014, l'OMS ha dichiarato la situazione "Emergenza di Salute Pubblica di Interesse Internazionale", ammettendo l'esistenza di un rischio di potenziale diffusione internazionale che avrebbe richiesto una risposta internazionale coordinata. Questa decisione è stata presa dopo che il primo caso di Ebola rilevato era stato diagnosticato al di fuori dell'Africa e l'epidemia aveva allora iniziato ad essere considerata una minaccia per i paesi sviluppati (MSF, 2015). Anche i donatori internazionali non hanno fornito finanziamenti sufficienti e abbastanza rapidi per la risposta all'emergenza (Save the Children, 2023). Il focolaio ha confermato che l'interconnessione del mondo moderno comporta che la comunità internazionale non possa più ignorare le crisi sanitarie nel Sud del mondo e che sia necessario fare di più per lo sviluppo di farmaci e vaccini per malattie come l'Ebola che sono in grado di causare future epidemie (Kaner e Schaack, 2016).

---

Altre organizzazioni intergovernative internazionali hanno incluso la salute globale e pubblica nelle loro azioni. La Banca Mondiale si è trasformata da organizzazione intergovernativa principalmente focalizzata sulla riduzione della povertà nei paesi in via di sviluppo, fornendo fondi (prestiti, crediti o sovvenzioni) per la ricostruzione e lo sviluppo (e senza alcuna presenza nella salute globale), nel più grande donatore per i programmi sanitari a livello mondiale (Sparkle, 2019). Si impegna ad aiutare i governi a raggiungere una copertura sanitaria universale ed è uno dei maggiori sostenitori a livello mondiale nella

lotta contro l'HIV/AIDS (Ruger 2005). Poiché la Banca concede lunghi periodi per il rimborso (fino a 40 anni), fornisce in questo modo anche il tempo e le risorse per affrontare problemi specifici, come quelli causati dalle epidemie più diffuse (Ruger 2005). Contemporaneamente, la Banca Mondiale è stata una delle principali sostenitrici del cosiddetto *Accordo di Washington*, che ha spinto per la privatizzazione e la deregolamentazione della sanità pubblica con effetti dannosi sulla salute a livello globale, soprattutto nei paesi più poveri (vedi Salute globale e globalizzazione) (McInnes et al., 2019; Harman, 2023).

Allo stesso modo, l'istituzione dell'Organizzazione Mondiale del Commercio (OMC) nel 1995 non ha solo segnato una svolta decisiva con la più grande riforma del commercio internazionale del XXI secolo, ma ha anche cambiato il rapporto tra commercio globale e salute. Prima della sua creazione, l'OMC si occupava principalmente di commercio di merci, ma l'accordo di Marrakech del 1994 ha incluso nel commercio globale anche il commercio di servizi e la proprietà intellettuale. Ciò ha modificato l'erogazione di servizi sanitari in tutto il mondo, in particolare per quanto riguarda l'accesso e il costo dei farmaci (ad esempio, aumentando le restrizioni sull'uso di generici che i paesi più poveri potrebbero permettersi) (Stoeva, 2019, p. 98) (vedi Salute Globale e Accesso ai Medicinali). Un esempio è l'accesso alle terapie antiretrovirali per l'AIDS/HIV, dove gli stati con la più alta incidenza della malattia sono tra quelli meno in grado di pagare per i farmaci salvavita (McInnes, 2019) (vedi Caso di studio 1 sull'AIDS/HIV).

Il XXI secolo ha anche segnato uno spostamento di potere e autorità nella gestione sanitaria globale, allontanandosi dallo stato e dal settore pubblico (Harman, 2023). Alcuni di questi nuovi attori includono:

- **La Rete Globale di Allerta e Risposta (GOARN):** Istituita nel 2000 dall'OMS con oltre 250 partner. Il suo obiettivo principale è quello di fornire risorse globali per la sanità pubblica (umane e tecniche) per controllare (cioè identificare, confermare e reagire in caso di) focolai di malattie trasmissibili ed emergenze di importanza internazionale.
- **Società Internazionale per l'AIDS:** Rete transnazionale con membri in oltre 180 paesi. Si prefigge l'obiettivo di unire professionisti ed esperti per accelerare il progresso scientifico e la risposta nei confronti di l'AIDS/HIV, attraverso la costruzione di solidarietà globale, istruzione e supporto
- **Alleanza Globale per Vaccini e Immunizzazione (Gavi):** Partenariato pubblico-privato creato nel 2000 che riunisce donatori, tra cui governi, organizzazioni intergovernative (OMS, UNICEF, Banca Mondiale), settore privato, organizzazioni non governative, organizzazioni professionali, produttori di vaccini, ricercatori e istituti tecnici. Ha un budget annuale di 1,5 miliardi di dollari statunitensi e svolge un ruolo fondamentale nel migliorare l'assistenza sanitaria di base nei paesi a basso reddito, fornendo l'accesso a vaccini più recenti e meno utilizzati e migliorando i tassi di immunizzazione.

**Il Fondo globale per la lotta contro AIDS, tubercolosi e malaria (Global Fund)** è un'iniziativa internazionale volta a combattere le malattie infettive e rafforzare i sistemi sanitari in oltre 100 paesi. Riunisce governi, società civile, operatori sanitari, agenzie tecniche, settore privato e persone colpite dalle malattie. Si concentra principalmente sulla

fornitura di finanziamenti internazionali per il trattamento antiretrovirale dell'AIDS/HIV nei paesi a basso reddito. Ha un budget annuale di 4 miliardi di dollari USA (equivalente all'OMS).

**La Fondazione Bill e Melinda Gates** è un'organizzazione benefica no profit attiva anche nel campo della salute globale. Si pone l'obiettivo di ridurre le disuguaglianze sanitarie e fornisce risorse ai paesi in via di sviluppo per la prevenzione delle malattie infettive e della mortalità infantile. Grazie al suo budget (1 miliardo di dollari statunitensi l'anno), è diventata uno degli attori più importanti nel campo della salute globale.

Mentre l'emergere di nuovi attori e reti private globali ha il potenziale di aumentare la capacità (risorse) e l'attenzione politica necessarie per rispondere alle emergenze sanitarie a livello globale e locale, la proliferazione di attori sanitari (privati) ha anche causato una dispersione dell'autorità (cioè per la definizione di chi debba essere il principale responsabile della gestione sanitaria globale), una sovrapposizione di politiche e duplicazione di risorse, incoerenza e programmi in competizione tra loro (ad esempio, privatizzazione di servizi e beni pubblici, compresa l'assistenza sanitaria) (McInnes, 2019; Stoeva, 2019). Affinché la governance sanitaria globale complessa funzioni, questi attori devono agire insieme ed evitare prestazioni inadeguate e competizione (Harman, 2023).

## CONCLUSIONE

L'entità delle malattie e dei disagi causati recentemente dalla pandemia di COVID-19 dimostra che la salute globale è inseparabile dalla politica globale. Di conseguenza, la salute globale non può più essere considerata solo un problema del Sud del mondo, ma un problema mondiale in cui l'attenzione non è tanto sulla frattura Nord-Sud, quanto sul divario tra "ricchi" e "poveri" (Moon e 't Hoen, 2019, p. 18). Con le spese per la salute pubblica destinate ad aumentare nei prossimi decenni a causa di maggiori emergenze e crisi sanitarie, un mondo in cui gli stati chiudono le frontiere e proteggono i propri interessi, ignorano le leggi sanitarie internazionali e consentono l'accesso ai farmaci solo a pochi, non sarà sostenibile né politicamente né dal punto di vista economico. Questa situazione potrebbe inoltre causare maggiori tensioni tra gli stati che possiedono risorse sanitarie strategiche e quelli che non le possiedono, oltre ad ampliare ulteriormente le disuguaglianze nell'ambito della salute globale. Pertanto, deve oggi prevalere l'idea che la salute globale sia un problema collettivo che richiede soluzioni collettive e comuni (Harman, 2023).

## PUNTI DA DISCUTERE/ DOMANDE

- 1. In che modo la globalizzazione ha influenzato la salute globale (livello di azione politica)?
- 2. Quali saranno i nuovi modelli di salute e malattia?
- 3. In che modo le sfide ambientali globali (i crescenti effetti del cambiamento climatico e i rischi per la sicurezza alimentare) influenzeranno la politica sanitaria internazionale e interna?

- 4. In che modo il commercio internazionale e i diritti di proprietà intellettuale influenzano la salute globale?
- 5. In che modo l'intelligenza artificiale o la manipolazione genetica influenzeranno la salute globale?
- 6. Il diritto alla salute garantisce una salute migliore per tutti?
- 7. Qual è il ruolo delle fondazioni private e delle compagnie farmaceutiche nella governance sanitaria globale?
- 8. La salute globale dovrebbe concentrarsi maggiormente sulla protezione degli individui o degli stati dalle nuove minacce alla salute?

## APPROFONDIMENTI

Davies, S. E., and Wenham C. (2020). Why the COVID-19 Response Needs International Relations. *International Affairs*, 96(5), 1227–1251. Focuses on the role of international relations for the governance of global health, particularly in the context of Covid-19 pandemic.

Harman, S. (2023). Global Health (25<sup>th</sup> Chapter). In J. Baylis, S. Smith, and P. Owens (eds.), *The Globalization of World Politics* (9th Edition). Oxford University Press. Comprehensive overview of the evolution of global health in the context of globalisation. Introduction to core concepts and current issues related to global health such as politics, governance and global health security.

McInnes, C., Lee, K., and Youde, J. (2019). *The Oxford Handbook of Global Health Politics*. Oxford University Press. Outlines the complex relationship between global health, international relations and foreign policy, including core concepts and issues with respect to global health security, governance, and the political economy of global health.

## BIBLIOGRAFIA

Centre for Disease Control and Prevention. (2022). HIV Basics. <https://www.cdc.gov/hiv/basics/index.html>

Clinton, C. and Yoo, K. J. (2022, 14 June). Is Covax to Blame for Failing to Close Global Vaccination Disparities? *HealthAffairs*. <https://www.healthaffairs.org/content/forefront/covax-blame-failing-close-global-vaccination-disparities>

Davies S., Elbe, S., Howell, A., and McInnes, C. (2014). Global Health in International Relations: Editors' Introduction. *Review of International Studies*, 40(5), 825–834. doi:10.1017/S0260210514000308

Gavi. (2023). Covax. <https://www.gavi.org/covax-facility#what>

- Global Fund. (2022). HIV/AIDS. <https://www.theglobalfund.org/en/hivaids/>
- Harman, S. (2023). Global Health (25<sup>th</sup> Chapter). In J. Baylis, S. Smith, and P. Owens (eds.), *The Globalization of World Politics* (9th Edition). Oxford University Press.
- Harmer, A. and Kennedy, J. (2019). Global Health and International Development. In C. McInnes, K. Lee, and J. Youde (eds.), *The Oxford Handbook of Global Health Politics* (pp. 217–236). Oxford University Press.
- Heywood, A. (2015). *Global Politics* (Second Edition). Palgrave Foundations.
- Kaner, J., and Schaack, S. (2016). Understanding Ebola: the 2014 epidemic. *Globalization and health*, 12(1), 53. <https://doi.org/10.1186/s12992-016-0194-4>
- McInnes, C. (2019). Global Health Governance. In C. McInnes, K. Lee, and J. Youde (eds.), *The Oxford Handbook of Global Health Politics* (pp. 265–280). Oxford University Press.
- McInnes, C., Lee, K., and Youde, J. (2019). Global Health Politics: An Introduction. In C. McInnes, K. Lee, and J. Youde (eds.), *The Oxford Handbook of Global Health Politics* (pp. 1–18). Oxford University Press.
- Medicines Sans Frontieres. (2015). *An Unprecedented Year*. Medicines Sans Frontieres. <https://www.msf.org/report-ebola-2014-2015-facts-figures>
- Moon, S. and 't Hoen, E. (2019). The Global Politics of Access to Medicines: From 1.0 to 2.0. In C. McInnes, K. Lee, and J. Youde (eds.), *The Oxford Handbook of Global Health Politics* (pp. 605–626). Oxford University Press.
- Oxfam. (2018). Reward Work, Not Wealth. Oxfam. <https://www.oxfam.org/en/research/reward-work-not-wealth>
- Packard, R. (2016). *A History of Global Health: Interventions into the Lives of Other Peoples*. Johns Hopkins University Press.
- Prah Ruger, J. (2005). The Changing Role of the World Bank in Global Health. *American Journal of Public Health*, 95(1), 60–70.
- Riaz, M. M. A., Ahmad, U., Mohan, A. *et al.* (2021). Global impact of vaccine nationalism during COVID-19 pandemic. *Trop Med Health*, 49, 101. <https://doi.org/10.1186/s41182-021-00394-0>
- Save the Children. (2023). Ebola Crisis. <https://www.savethechildren.org/us/what-we-do/emergency-response/ebola-crisis>
- Sparke, M. (2019). Globalisation and the Politics of Global Health. In C. McInnes, K. Lee, and J. Youde (eds.), *The Oxford Handbook of Global Health Politics* (pp. 37–58). Oxford University Press.
- Stoeva, P. (2016). International Relations and the Global Politics of Health: A State of the Art. *Global Health Governance*, 10(3), 97–109.
- Whiteside, A. (2019). The Global Politics of HIV and AIDS. In C. McInnes, K. Lee, and J. Youde (eds.), *The Oxford Handbook of Global Health Politics* (pp. 551–568). Oxford University Press.

World Health Organisation. (2023). Covax.  
<https://www.who.int/initiatives/act-accelerator/covax>