



Salute globale, determinanti sociali e
strategie di *Primary Health Care*

Globalizzazione e Salute

Angelo Stefanini

Centro Salute Internazionale e Interculturale (CSI)

Università di Bologna

3 giugno 2021

2014-2016 Ebola Outbreak in West Africa

Exposing the pathology of the global economic and political system



A quando la prossima epidemia?

- Troveremo modi e mezzi per costruire e mantenere **sistemi sanitari** dignitosi [nei paesi poveri], in futuro?
- Potremo risolvere la crisi della **governance globale della salute** così potentemente rivelata dall'ebola?
- E saremo in grado di affrontare e "curare" le **patologie sociali**, economiche ed ecologiche che sono state e sono alla radice della crisi attuale?

“L'epidemia, con ogni probabilità, seguirà il suo corso e si esaurirà dopo aver lasciato una scia di morte e distruzione. Non perché noi come comunità globale avremo fatto quello che c'era da fare, ma a causa della natura del virus stesso. La domanda da porsi è: avremo imparato qualcosa? O tutto tornerà come al solito?”

(Sanders, Sengupta, Scott, 2015)



Sommario

- La natura politica della salute
- Globalizzazione? Quale Globalizzazione?
- Impatto di (questa) Globalizzazione sulla Salute
- Salute Globale e *Governance* Globale della Salute
- Vecchi e Nuovi Attori (incl. OMS)
- Covid-19 come 'Manuale' della Salute Globale

La natura politica della salute

Bambra et al. 2005



La salute è politica perché ...

- Alcuni gruppi sociali ne hanno **meno di altri**.
- I suoi determinanti sociali sono **suscettibili di interventi politici** e dipendono quindi dall'azione (o inazione!) politica
- "Uno livello di vita adeguato per la salute e il benessere" (Nazioni Unite, 1948) è, o dovrebbe essere, un aspetto della **cittadinanza** e un **diritto umano**.
- Il **potere sul diritto alla salute** è esercitato nel contesto di un più ampio sistema economico, sociale e politico.

Il modo in cui le **disuguaglianze in salute** vengono affrontate dalla società è **profondamente politico**



Due diversi approcci alle disuguaglianze nella salute:

1. Sono accettate come **conseguenza "naturale" e inevitabile** delle differenze individuali (sia genetiche sia dovute alla "mano invisibile" del mercato)

Oppure

2. Sono **socialmente ed economicamente inaccettabili** e quindi devono essere contrastate dallo stato moderno e dalla società umana.

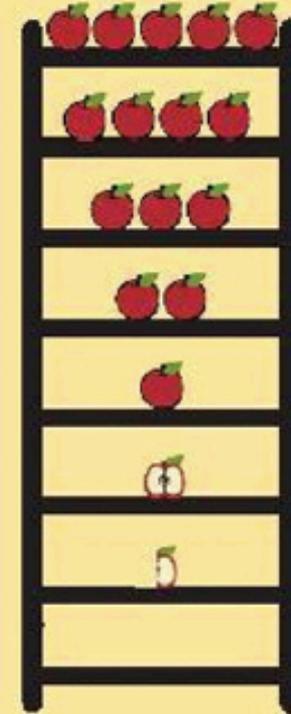
Come depoliticizzare la disuguaglianza

A



REACHING FOR A HEALTHIER LIFE

Facts on Socioeconomic Status and Health in the U.S.



The John D. and Catherine T. MacArthur Foundation Research Network on Socioeconomic Status and Health

Krieger 2008

Figure 1 (A) Pyramid of capitalist system. Issued by Nedeljkovich, Brashick and Kuharich, for the International Workers of the World (IWW), 1913.¹⁸ (B). MacArthur Network on Socioeconomic Status and Health. *Reaching for a Healthier Life: Facts on Socioeconomic Status and Health in the United States*, 2007.¹⁹ Figure reproduced with permission.

La Salute viene **de-politicizzata** quando...

- È intesa soltanto come **assistenza sanitaria** (finanziamento, organizzazione e produzione ...)
- È definita in termini
 - **Bio-medici** (come assenza di malattia)
 - **Economici** (come merce o come semplice strumento di crescita economica)
- È intesa come responsabilità del singolo **individuo**
 - Come prodotto di fattori individuali (geni) e “libere” scelte (stile di vita)
 - Come **merce** a cui gli individui possono accedere attraverso il mercato o il sistema sanitario.

Impatto dell'economia politica sulla salute della popolazione

“I Paesi con

- **assetti istituzionali socialdemocratici,**
- **più elevata spesa pubblica,**
- **minori disparità di reddito**
- **politiche per garantire posti di lavoro sicuri e**
- **accesso all'istruzione e all'abitazione**

generalmente hanno **popolazioni con una salute migliore.**”



Gerry McCartney et al, 2019: Impact of Political Economy on Population Health: A Systematic Review of Reviews *American Journal of Public Health* 109, e1_e12,

American Journal of Public Health

EDITOR

Mary E. Northridge, PhD, MPH

ASSISTANT EDITOR

Joyce Wilcox

DEPUTY EDITOR

Manning Feinleib, MD, DrPH

ASSOCIATE EDITORS

Wendy Chavkin, MD, MPH

Don C. Des Jarlais, PhD

Lawrence J. Fine, MS, MD, MPH, DrPH

Michael R. Greenberg, PhD

Paul Halverson, DrPH, MHSA

Jeffrey Levi, PhD

Richard Neugebauer, PhD, MPH

Dona Schneider, PhD, MPH

Anne Schuchat, MD

Daniel Wartenberg, PhD

INTERNATIONAL ASSOCIATE EDITORS

Mary Bassett, MD, MPH (Harare, Zimbabwe)

Alfredo Morabia, MD, PhD (Geneva, Switzerland)

CONSULTING EDITOR FOR STATISTICS

Bruce Levin, PhD, MA

EDITORIAL BOARD

Audrey R. Gotsch, DrPH, CHES (2001)

Chair

Chinua Akukwe, MD, MPH, FRSJ (2003)

Maria L. S. Cervania, MPH (2003)

Carolyn Clancy, MD (2003)

Noreen M. Clark, PhD (2001)

Helene D. Gayle, MD, MPH (2002)

Lawrence W. Green, DrPH, MPH (2001)

Marsha D. Lillie-Blanton, DrPH (2003)

Marvin Marcus, DDS (2001)

Kenneth R. McLeroy, PhD (2001)

Marla E. Salmon, ScD, RN (2002)

Susan C. Scrimshaw, PhD (2002)

Marcia Stanhope, DSN, RN, FAAN (2002)

Lorna Wilson, RN, MSPH (2003)

Ruth E. Zambrana, PhD (2002)

Editorial

*Le decisioni di politica
economica (soprattutto
fiscale) hanno un
impatto sulla salute*

Is Economic Policy Health Policy?

During the recent US presidential debates, as well as in the debates in the previous presidential campaign, the large and growing gap between the rich and the poor was frequently mentioned. Political candidates of various persuasions have proposed different solutions to the problems posed by the magnitude of this gap; generally, they have focused on different mixes of strategies related to blaming those who were not doing well, increasing individual incentives to work, restoring “safety nets for the poor,” and changing taxation and transfer programs. It is the frequent mention of the problem, however, that is noteworthy. This economic divide has not gone unnoticed by public health researchers, who have produced a substantial literature documenting and discussing the links between increasing economic inequality and poorer health.¹⁻⁷ The report by Lechner et al.⁸ in this issue of the *Journal* nicely

result in higher mortality in high-inequality areas. The analyses of Wolfson et al.¹³ indicated that, at best, this compositional–individual explanation accounted for very little of the association between state-level income inequality and mortality in the United States, and other studies that have used both individual and aggregate data (summarized by Wagstaff and van Doorslaer⁹) have, with only a few exceptions, found some evidence for independent effects of income inequality, although the population subgroups most affected vary between studies.

While the introduction of multilevel data sets and modes, allowing for the specification of both individual- and community-level effects, represents an analytic advance, it ignores a major conceptual issue. Technically, it is possible to separate individual- and community-level effects, but are the determinants really



World Health
Organization



Commission on
Social Determinants of Health

Closing the gap in a generation

Health equity through action on
the social determinants of health

"Social injustice is killing people
on a grand scale."

[https://www.who.int/
publications/i/item/WHO-
IER-CSDH-08.1](https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1)



“It is not inequalities that kill people, as the report states; it is those who are responsible for these inequalities that kill people.”

*“[Il rapporto “Closing the Gap...” dell’OMS] riproduce una pratica diffusa nelle agenzie internazionali che **parla di politiche senza toccare la politica** (cioè di quali risorse ridistribuire, come, attraverso quali strumenti).*

*La debolezza del rapporto sta nel suo essere **profondamente apolitico**, ...*

Noi conosciamo i nomi degli assassini. Conosciamo l’assassinio, il processo attraverso il quale avviene e gli agenti responsabili. E noi, come operatori sanitari pubblici, dobbiamo **denunciare non solo il processo, ma anche le forze che uccidono**”.

Vicente Navarro, IJHS, 2009



La Globalizzazione è...

- "Un processo mediante il quale nazioni, imprese e persone sono **sempre più connesse e interdipendenti** in tutto il mondo attraverso una maggiore integrazione economica, scambio di comunicazioni, diffusione culturale (cultura soprattutto occidentale) e viaggi."
- "...caratterizzata da una **crescente liberalizzazione** nel flusso transfrontaliero del **capitale finanziario** e nel **commercio di beni e servizi**."(Labonte' et al. 2004)

Globalizzazione Neo-Liberista

Globalizzazione come **internazionalizzazione dell'attività economica secondo i principi neo-liberisti.**

*"Il **neoliberismo** è in prima istanza una teoria economico-politica che propone che il benessere umano possa essere migliorato dando spazio alle **libertà e alle competenze imprenditoriali individuali** all'interno di una cornice istituzionale caratterizzata da forti diritti di **proprietà privata, libero mercato e libero scambio.***

Il ruolo dello Stato è di creare e preservare un quadro istituzionale appropriato a tali pratiche."

(Harvey 2007, 2)



“Washington Consensus”

I principi neo-liberisti che guidano la globalizzazione contemporanea

Basic neoliberal economic assumptions drive contemporary globalization

Objectives	Recommendations and Benefits
Liberalization	Open markets work best for everyone
Privatization	States should not own or operate productive or profitable sectors of the economy
Private sector enhancement	States should not only sell off their assets, but also open their programs or services to private sector competition
Deregulation	The fewer the rules on the private sector, the better
State minimalism	States should reduce their public spending and taxation rates and introduces cost-recovery program to help pay their debts, balance their budgets, and promote the private sector

Adapted from Milward (2000).

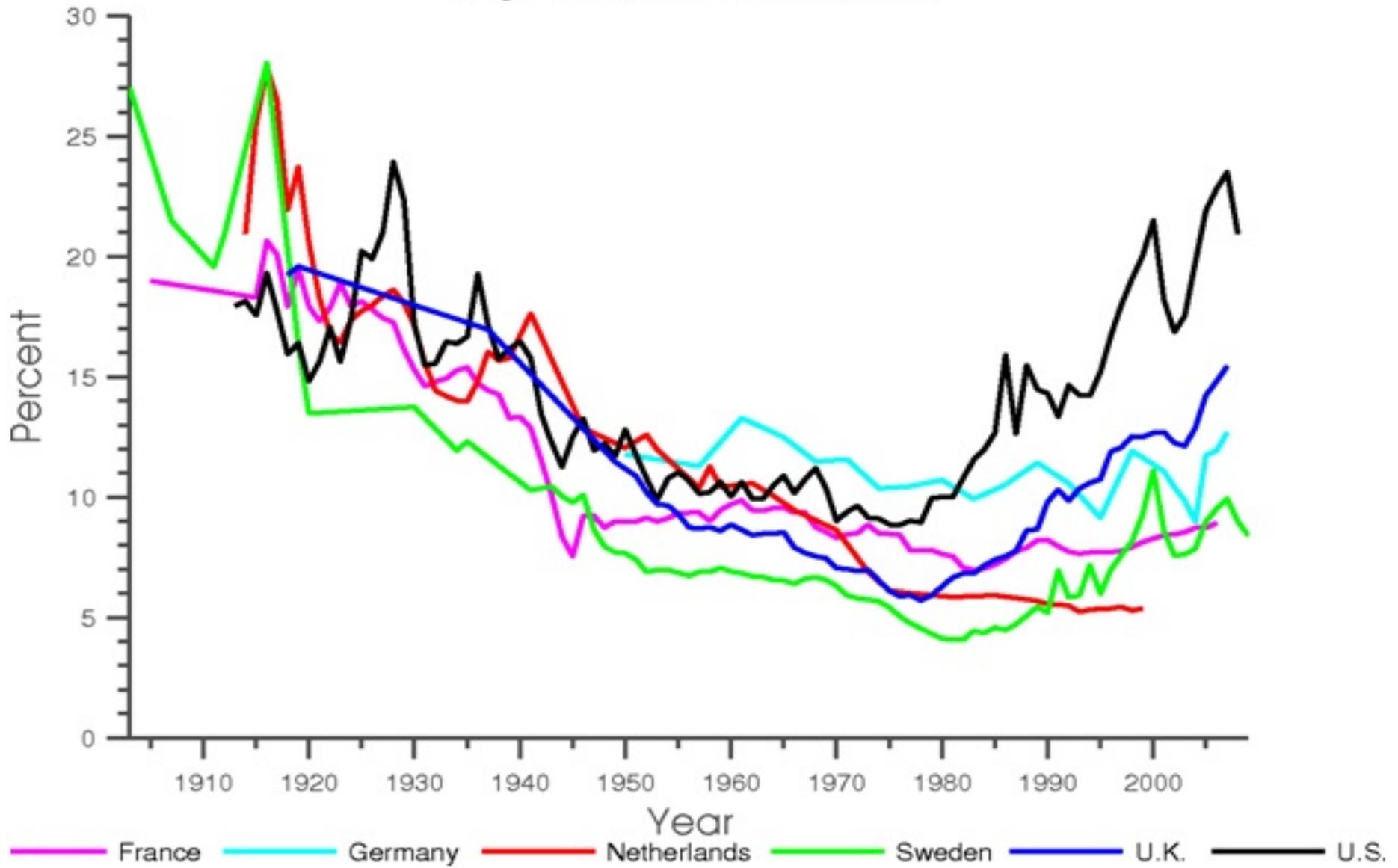
“Dis-equalising globalization”

- Il mercato globale **premia i paesi che hanno già** abbondanti beni produttivi (finanziari, terre, capitale fisico, umano e istituzionale).
- I fallimenti del mercato (ad es. crisi finanziarie) **gravano sproporzionatamente** sui paesi a basso e medio reddito, con un minor numero di risorse per affrontarli.
- Le regole della globalizzazione **favoriscono i ricchi** (paesi e persone al loro interno) perché posseggono più risorse e una maggiore capacità di influenzare la definizione delle regole stesse (WTO/OMC).



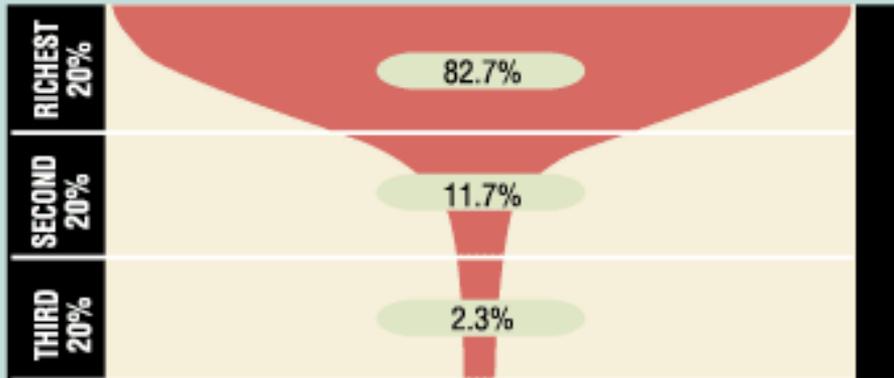
Birdsall, N., Vanzetti, D., & de Córdoba, S. F. (2006). The world is not flat: inequality and injustice in our global economy. UNU-WIDER.

Top 1% income share



Distribution of world GDP, 1989

(percent of total, with quintiles of population ranked by income)



World income distributed by percentiles of the population, 2000

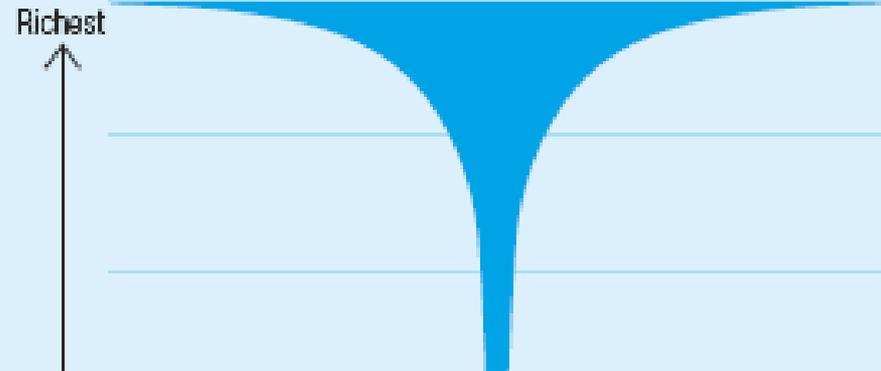
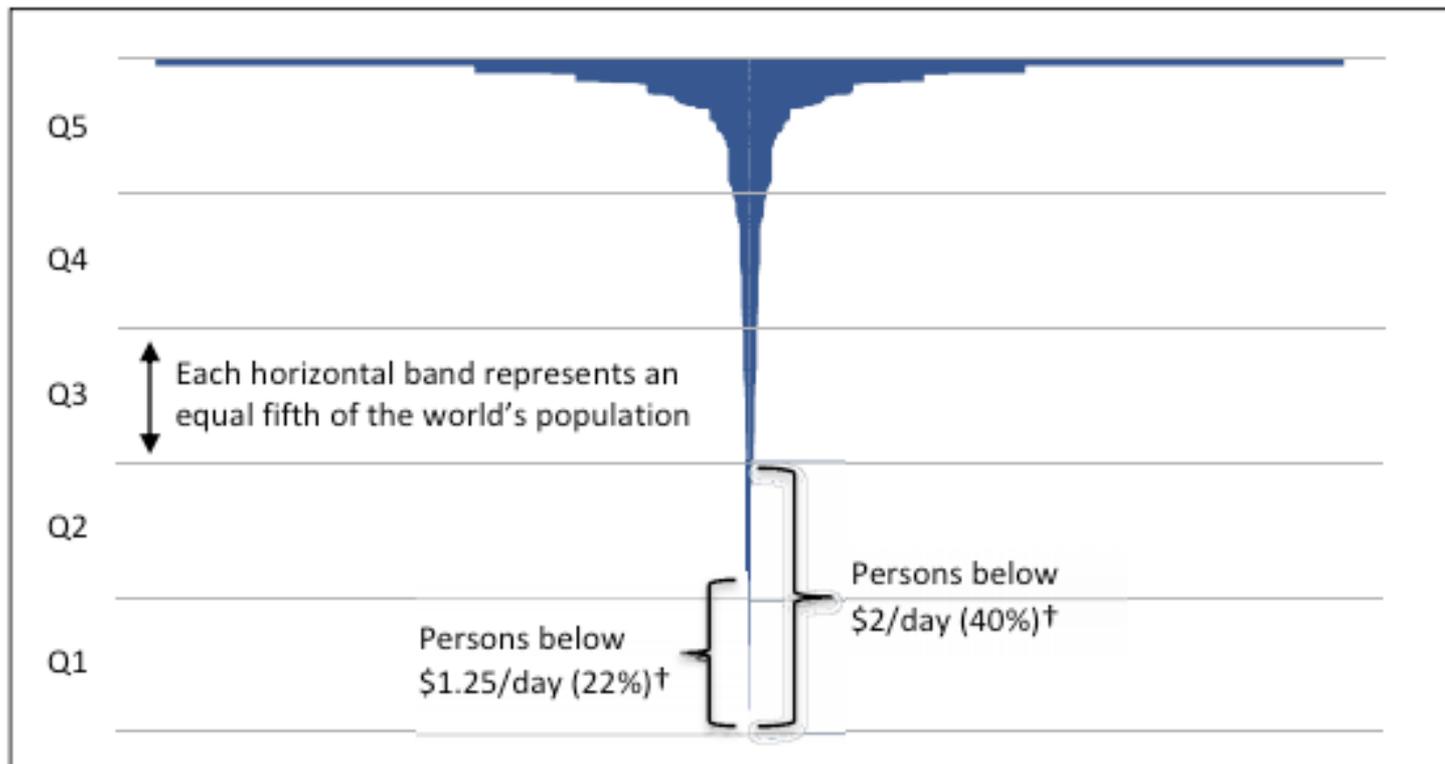


Figure 7. Global Income Distributed by Percentiles of the Population in 2007 (or latest available) in PPP constant 2005 international dollars*



Source: United Nations, 1992 (New York)

La Globalizzazione fa bene alla Salute?

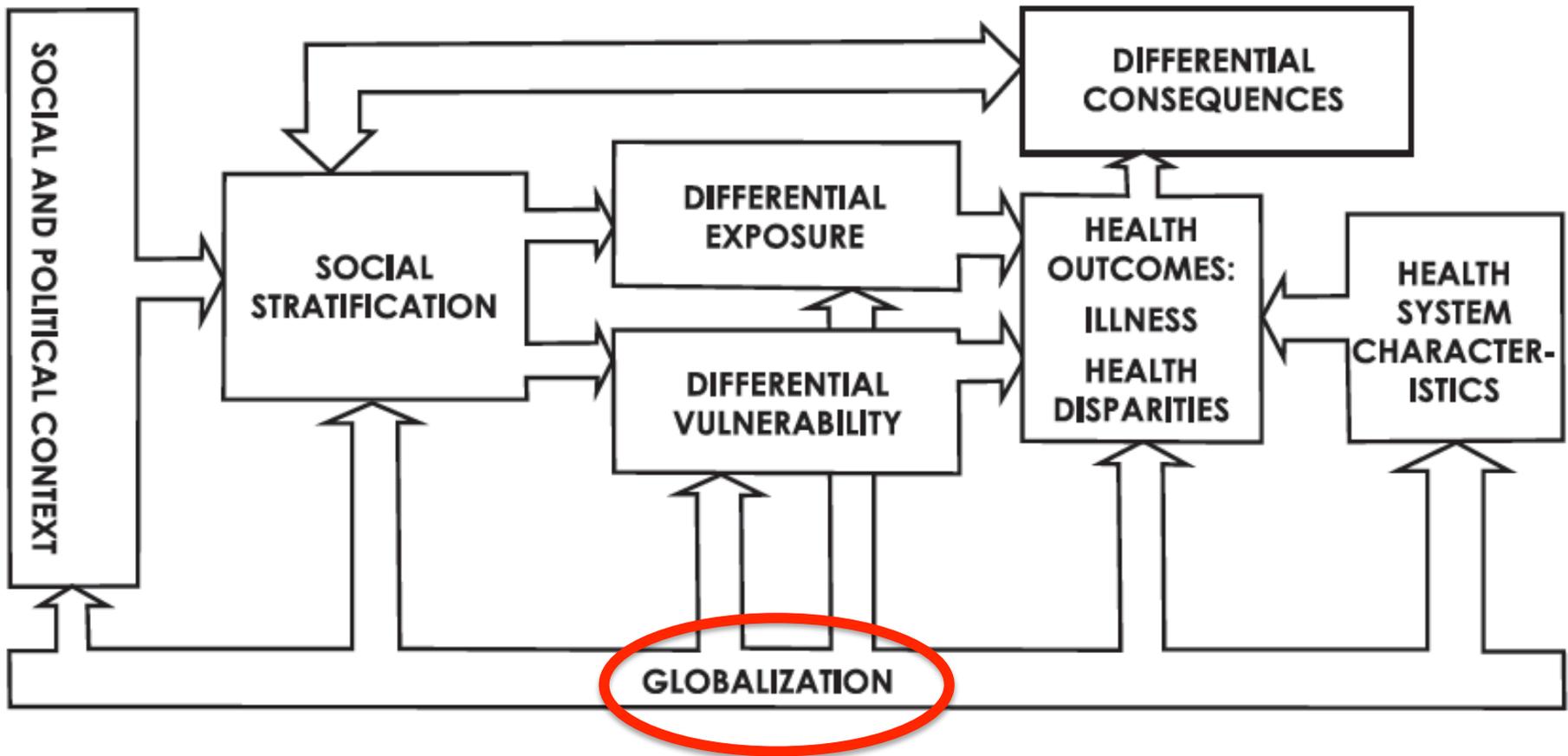
1. Potenziali **benefici per la salute**

- Diffusione di nuove conoscenze e tecnologie
- Crescita economica e riduzione della povertà

2. Potenziali **problemi per la salute**

- Disuguaglianze aumentate
- Diffusione più rapida di malattie infettive e stili di vita malsani "occidentali"
- Indebolimento/privatizzazione dei sistemi sanitari
- Diminuzione di risorse naturali e riscaldamento globale

Globalizzazione come “Determinante dei Determinanti della Salute”



Source: Modified from Diderichsen, Evans & Whitehead, 2001.

Spiegel, J. M., Labonte, R., & Ostry, A. S. (2004). Understanding “globalization” as a determinant of health determinants: a critical perspective. *International journal of occupational and environmental health*, 10(4), 360-367.

Che cos'è la Salute Globale?

1. *"Quei problemi di salute che trascendono i confini e i governi nazionali e che richiedono interventi sulle **forze globali** che determinano la salute delle persone"* (Kickbush, 2006)
2. *"Non è tanto la salute a essere globale (lo è sempre stata), è la sua **'governance'** che è strutturata da processi globali di mercificazione e liberalizzazione."* (Bodini e Stefanini, 2014)

Governance vs Governo

- **Governo:** attività sostenute dall'autorità formale.
- **Governance:**
 - ✓ Modo di dirigere, conduzione.
 - ✓ *“Insieme dei principi, dei modi, delle procedure per la gestione e il governo di società, enti, istituzioni, o fenomeni complessi, dalle rilevanti ricadute sociali”*. (Treccani)

Governance globale

La capacità (il **potere**) di plasmare le azioni e/o il pensiero di altri attori nella sfera pubblica globale ...

(S. Moon, 2019)

Chi governa la Salute Globale?

Esistono **strutture di governance** con il mandato di 'governare' la salute globale (OMS, Unicef,...)



MA ANCHE

Esistono **poteri globali** con forte impatto sui determinanti sociali, politici, commerciali della salute globale (FMI, BM, OMC, ...)

SDGs and Global Governance



SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS



“Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development”
United Nations Resolution A/RES/70/1 of 25 September 2015

Global Health Governance

Vecchi e Nuovi Attori (1)

- National Governments
- Intergovernmental Institutions:
 - UN: **WHO**, UNICEF, UNHCR, UNDP, etc.; EU
 - WB, IMF, WTO, OECD
 - Global Public-Private Partnerships (GFATM, GAVI, etc.)
- Trans-National Corporations (TNCs)
- “*Philanthro-Capitalism*” & (tax-exempt) Private Foundations
- Non-Government Organisations (NGOs)
- Civil Society and Social Movements

Organizzazione Mondiale della Sanità

Dr. Tedros
Adhanom
Ghebreyesus



World Health Organization



A Specialized Agency with “directing and co-ordinating authority on international health work” (Constitution of the WHO, 1948)

- World Health Assembly
- Executive Board
- DG
- Regional Offices

WHO BIENNIAL BUDGET

Source: Money talks at WHO, GHW5.

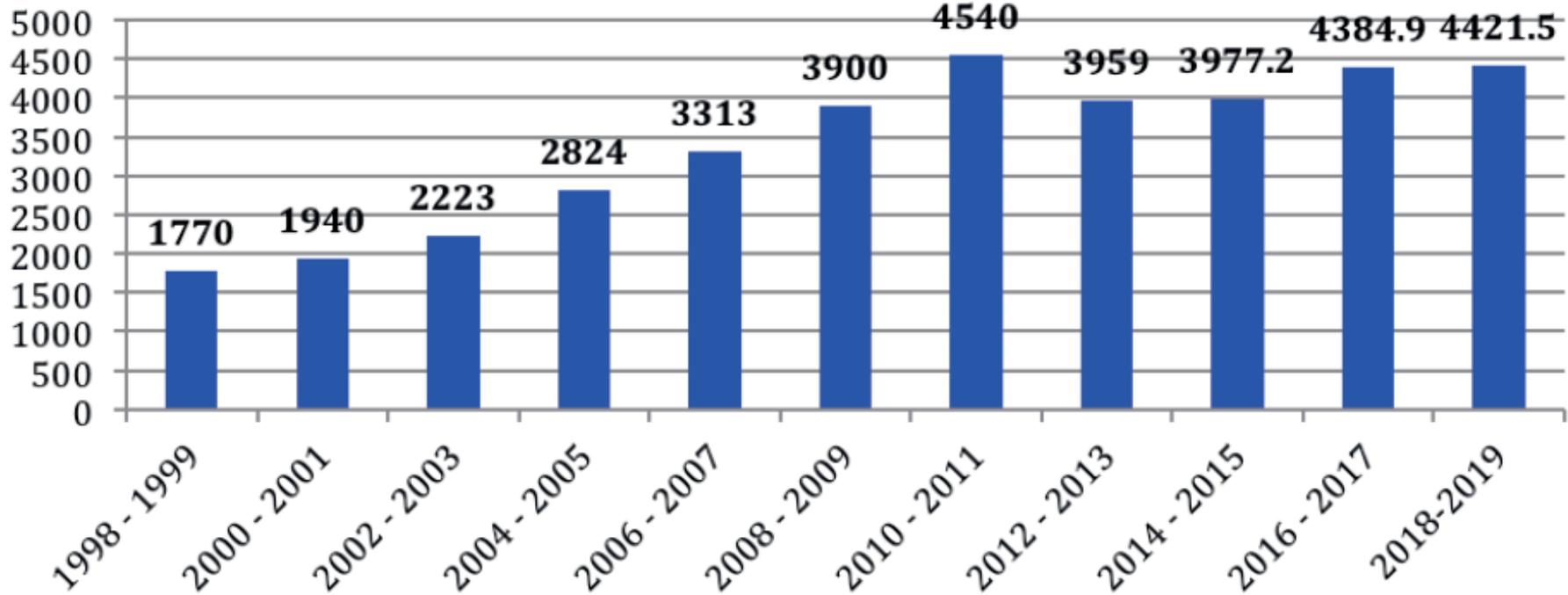


Figure D1.1: WHO biennial budget – 1998–2019 (in US\$ million)

Source: Calculated from data for different years available at WHO's budget portal: <http://open.who.int/>

- L'attuale budget annuale (2.200 milioni di dollari) equivale a circa il**
- 30% del budget annuale del Centers for Disease Control (CDC) degli USA;
 - 4% del fatturato della casa farmaceutica Pfizer;
 - 3% del fatturato della multinazionale Unilever;
 - 10% delle spese pubblicitarie annuali delle società farmaceutiche negli USA.

Come è finanziata l'OMS?

- **Contributi obbligatori** (“*assessed*”) dagli Stati membri
- **Contributi volontari** dagli Stati membri e altri
(negli anni '70 costituivano il **25%**; oggi l'**80%**)

Principale finanziatore: **Governo USA**

Secondo finanziatore: **Bill & Melinda Gates Foundation**

Nota: il finanziamento del governo degli Stati Uniti è un mix di contributi obbligatori e volontari, mentre il finanziamento della Fondazione Gates è esclusivamente volontario.

<http://who.int/about/finances-accountability/funding/en/>

Table 3. Summary of Bill & Melinda Gates Foundation stock portfolios, 2010.

Entity	Holding	Portfolio Rank	US Dollars, Billion	Portfolio Share	Company Share
Bill & Melinda Gates Foundation Trust	Berkshire Hathaway	1	5.89	49.75%	3.19%
	McDonald's	2	0.62	5.21%	0.88%
	Coca-Cola	4	0.51	4.31%	0.44%
	Waste Management	5	0.49	4.15%	3.25%
	Walmart	7	0.44	3.75%	0.13%
	Coca-Cola FEMSA	9	0.35	2.97%	2.47%
	Costco	10	0.34	2.83%	1.39%
	Monsanto	>20	0.02	0.19%	0.20%
	<i>Total</i>	—	11.85	—	—
Berkshire Hathaway	Coca Cola	1	10.0	21.58%	8.68%
	Procter & Gamble	4	4.7	10.08%	2.75%
	Kraft Foods	5	2.9	6.34%	6.03%
	Johnson & Johnson	6	2.4	5.25%	1.50%
	Walmart	7	1.9	4.04%	1.07%
	Nestle	23	0.16	0.35%	0.09%
	Sanofi-Aventis	29	0.12	0.26%	0.15%
	GlaxoSmithKline	34	0.05	0.11%	0.06%
<i>Total</i>	—	46.44	Stuckler, Basu, Mckee, 2011		

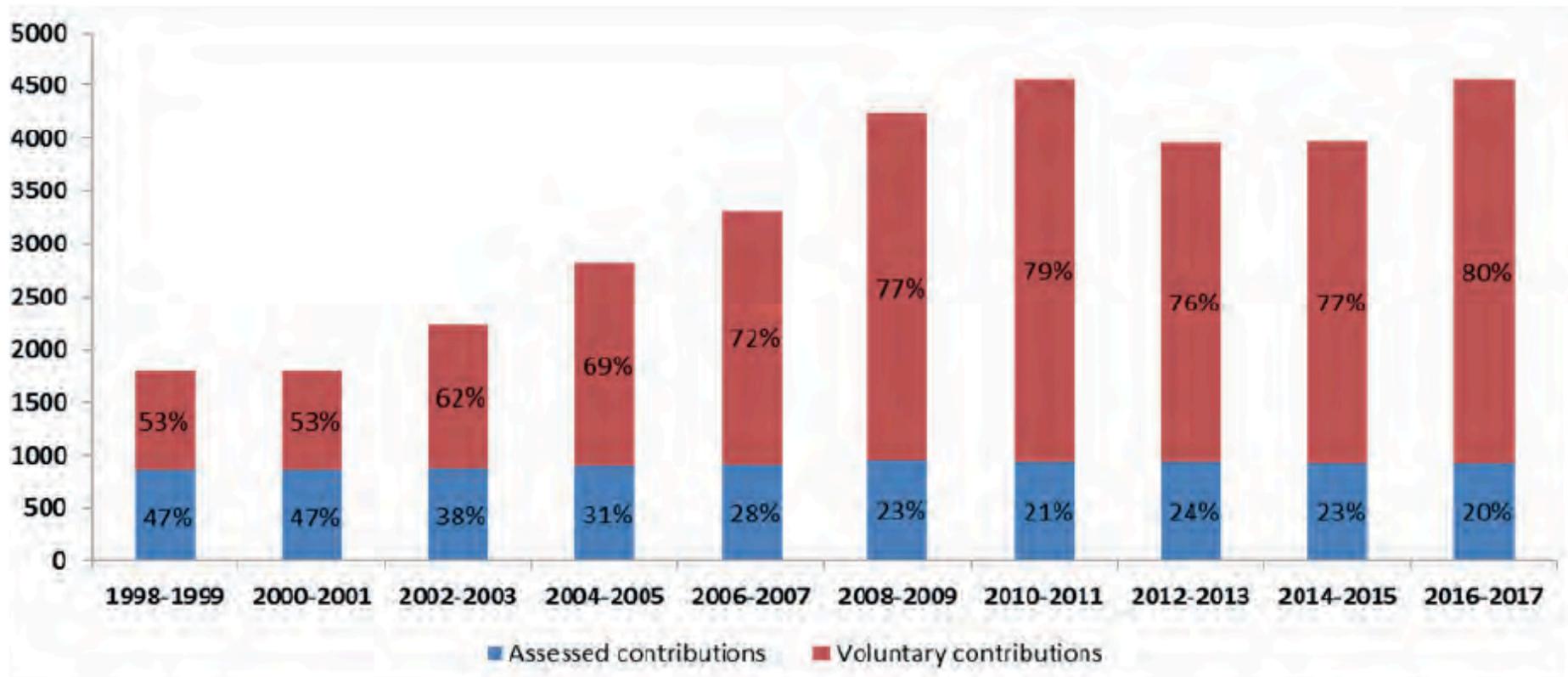


Figure D1.2: Trends in assessed and voluntary contributions, 1998–2017 (in US\$ million)

Source: WHO's Financing Dialogue 2016 A proposal for increasing the assessed contribution, <http://www.who.int/about/finances-accountability/funding/financing-dialogue/assessed-contribution.pdf?ua=1>

Tipologie di Finanziamento

■ WHO regular budget

WHO extra-budget

■ Member states

■ UN/Intergovernmental

■ Foundations

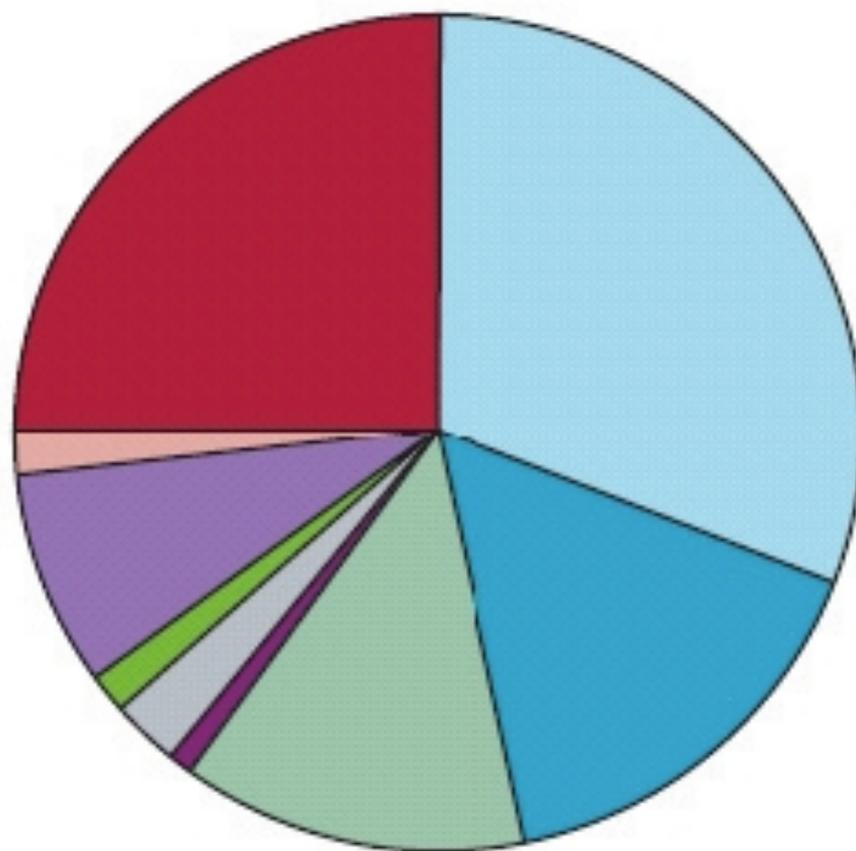
■ Private sector

■ NGOs

■ Sub-national government

■ Interest on investments

■ Other sources



Stuckler et al., 2008.



Assemblea Generale 18-20 Maggio 2020



- Il **conflitto tra USA e Cina** su origini e responsabilità della pandemia e la costituzione di una **Commissione internazionale** di inchiesta al riguardo;
- La **questione dei vaccini** come oggetto di ricerca e di produzione industriale, vincoli relativi al brevetto e ai costi di mercato, eventuali interventi filantropici per facilitarne l'accesso;
- Il **grado di autonomia della stessa OMS**, non tanto nelle sue politiche di salute pubblica quanto in rapporto alla Cina, che si è offerta come finanziatore principale in risposta al congelamento del finanziamento annunciato dagli USA.

(Tognoni, Cauduro, 2020)

Declino della leadership OMS

- **1950s and 1960s**
 - **Disease Control Vertical Programmes**
- **1970s**
 - *“Health for All”* strategy
 - 1978 - Conference of Alma-Ata (Primary Health Care – PHC)
- **1980s and 1990s**
 - Selective vs Comprehensive PHC
- **The World Bank**
 - 1993 World Development Report – *“Investing in Health”*

Declino della leadership OMS

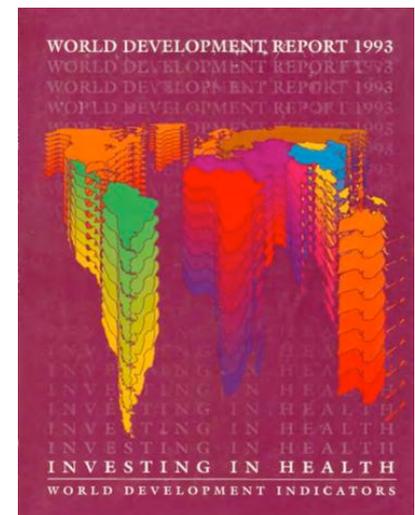
- 1950s and 1960s
 - Disease Control Vertical Programmes
- **1970s**
 - *“Health for All”* strategy
 - **1978 - Conference of Alma-Ata (Primary Health Care – PHC)**
- 1980s and 1990s
 - Selective vs Comprehensive PHC
- The World Bank
 - 1993 World Development Report – *“Investing in Health”*

Declino della leadership OMS

- 1950s and 1960s
 - Disease Control Vertical Programmes
- 1970s
 - “*Health for All*” strategy
 - 1978 - Conference of Alma-Ata (Primary Health Care – PHC)
- **1980s and 1990s**
 - **Selective vs Comprehensive PHC**
- The World Bank
 - 1993 World Development Report – “*Investing in Health*”

Declino della leadership OMS

- 1950s and 1960s
 - Disease Control Vertical Programmes
- 1970s
 - “*Health for All*” strategy
 - 1978 - Conference of Alma-Ata (Primary Health Care – PHC)
- 1980s and 1990s
 - Selective vs Comprehensive PHC
- **The World Bank**
 - **1993 World Development Report**
 - “*Investing in Health*”



A chi serve una OMS debole?

- **Costituzione dell'OMS:**

- **Art. 19:** La WHA può **approvare convenzioni o accordi** concernenti qualsiasi questione di competenza dell'Organizzazione.
- **Art. 21:** La WHA è autorizzata ad **emanare i regolamenti** concernenti:
 - **misure sanitarie** e di quarantena
 - norme relative alla **conformità, alla purezza ed all'attività** dei prodotti biologici, farmaceutici e simili che si trovano nel commercio internazionale
 - condizioni relative alla **pubblicità e alla designazione** dei prodotti biologici, farmaceutici e simili che si trovano nel commercio internazionale.

Esempi di potere esercitato dall'OMS nello stabilire regole internazionali

- **Elenco dei farmaci essenziali (EML) (1977)**
- **Il Codice internazionale sulla commercializzazione dei sostituti del latte materno (1981)**
- **La Convenzione quadro OMS per la lotta al tabagismo (WHO Framework Convention on Tobacco Control - FCTC) (2005)**
- **Altre varie restrizioni per le società commerciali** (es. limite raccomandato di consumo di zuccheri liberi, standard di inquinamento dell'aria e di acqua potabile, ...)



Dinamite politica



The Framework for Engagement with Non-State Actors (FENSA), 2016



- Da un sistema multi-laterale guidato dagli stati membri a un sistema di "*governance multi-stakeholder*".
- Entità del settore privato a scopo di lucro messe su un piano di parità con altri attori non statali.
- Collaborazione tecnica con il settore privato **priva di garanzie adeguate.**

"[Significa] spalancare le porte all'influenza delle imprese multinazionali nei processi decisionali globali e nazionali in materia di salute pubblica" (Hawkes, 2011).



PROMOTORI



PROGETTAZIONE



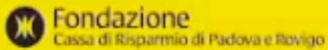
PARTNER



CON IL PATROCINIO DI



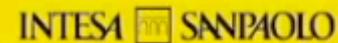
CON IL CONTRIBUTO DI



IN COLLABORAZIONE CON



MAIN SPONSOR



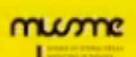
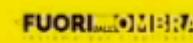
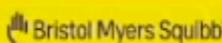
SPONSOR



MEDIA PARTNER



SI RINGRAZIA



#FestivalSaluteGlobale



Festival Salute Globale 9-15 novembre 2020



Global Health Governance

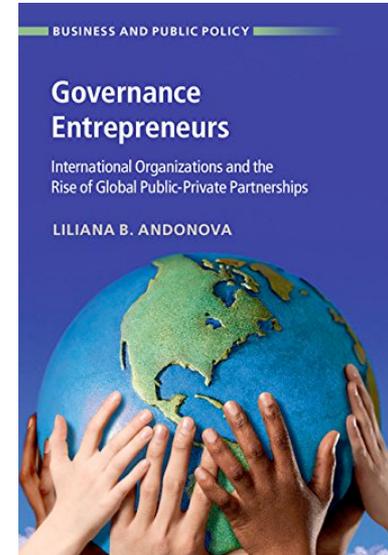
Vecchi e Nuovi Attori (2)

- National Governments
- Intergovernmental Institutions:
 - UN: **WHO**, UNICEF, UNHCR, UNDP, etc.; EU
 - WB, IMF, WTO, OECD
 - **Global Public-Private Partnerships (GFATM, GAVI, etc.)**
- Trans-National Corporations (TNCs)
- “*Philanthro-Capitalism*” & (tax-exempt) Private Foundations
- Non-Government Organisations (NGOs)
- Civil Society and Social Movements

Global Public-Private Partnerships (GPPPs)

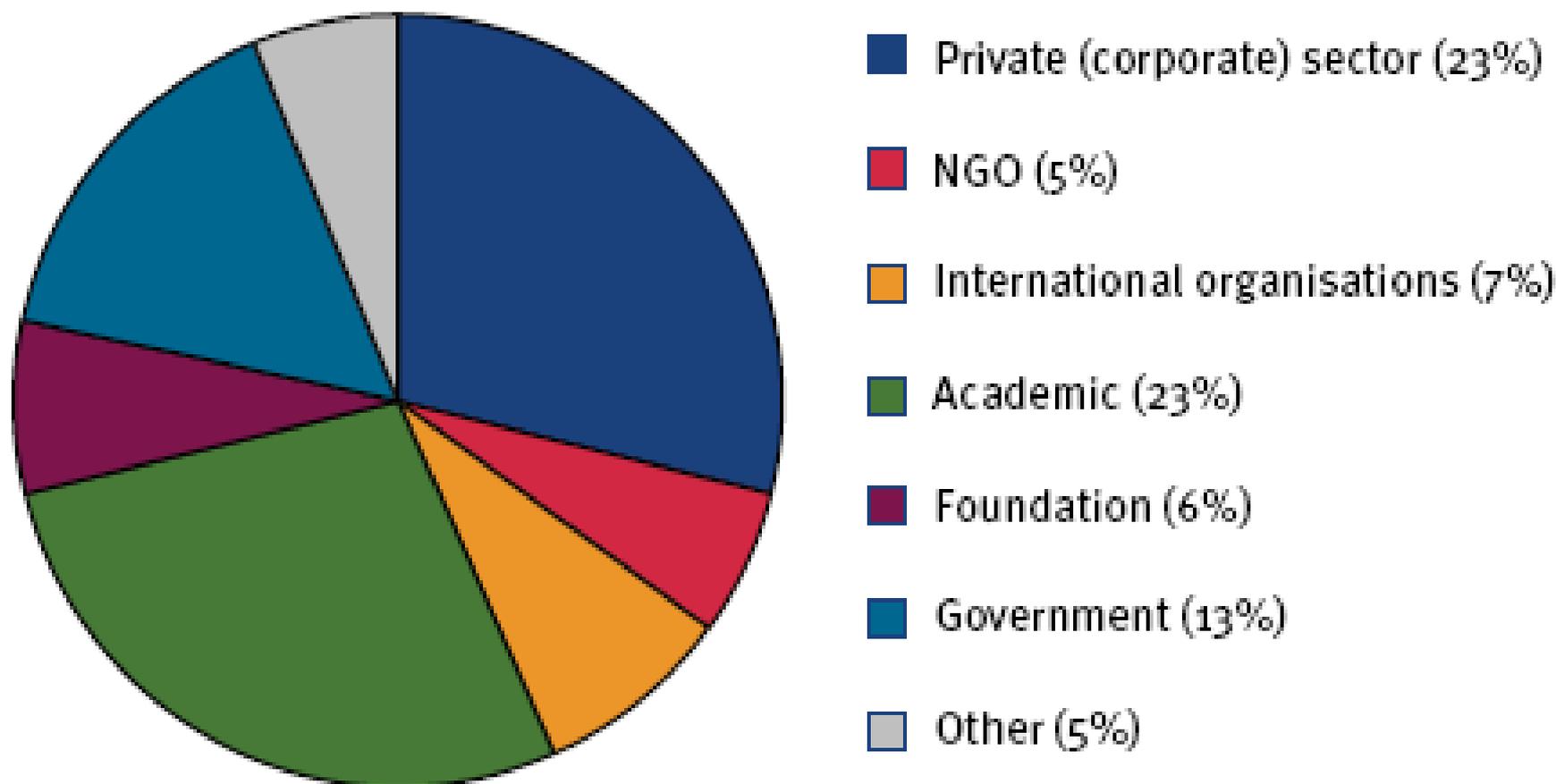
Global Health Partnerships (GHPs)

*"Accordi di collaborazione [partenariati] tra stato (governi e organizzazioni internazionali) e attori non statali (società commerciali, organizzazioni no-profit, enti filantropici) caratterizzati da **condivisione dei rischi e divisione del lavoro**" (Buse and Walt, 2004)*



- The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis & Malaria (**GFATM**)
- The Global Alliance for Vaccines and Immunization (**GAVI**)
- The PATH Malaria Vaccine Initiative (MVI)
- The Roll Back Malaria (RBM) Initiative
- The Drugs for Neglected Diseases Initiative (DNDi)
- The International Aids Vaccine Initiative (IAVI),
- Medicine for Malaria Venture (MMV)
- The TB Alliance

Figure 1: Composition of Governing Bodies of 23 GHPs



Quali sono gli effetti delle GPPPs?

- **Indebolimento** dell'autorità delle Nazioni Unite / dei governi:
 - **Gli attori privati** sempre più coinvolti nella **definizione delle norme** e degli standard (non solo nell'attuazione dei programmi).
- **Mercatizzazione** della Governance globale della salute
 - Competizione tra GPPP
- Aumento di **priorità di alcune malattie**, con conseguenti finanziamenti.

Global Health Governance

Vecchi e Nuovi Attori (3)

- National Governments
- Intergovernmental Institutions:
 - UN: **WHO**, UNICEF, UNHCR, UNDP, etc.; EU
 - WB, IMF, WTO, OECD
 - Global Public-Private Partnerships (GFATM, GAVI, etc.)
- Trans-National Corporations (TNCs)
- ***“Philanthro-Capitalism” & (tax-exempt) Private Foundations***
- Non-Government Organisations (NGOs)
- Civil Society and Social Movements

Filantro-capitalismo

(Private Global Health Foundations - PGHF)

"Uso del potere del mercato per raggiungere risultati sociali"

"Una versione capitalista del Welfare", opposta a quella tradizionale secondo cui i beni pubblici, come la salute, sono forniti dallo Stato e finanziati attraverso la tassazione.



"Il filantro-capitalismo prende i modelli del mercato e li applica alla beneficenza. È la prosecuzione di interessi economici ma con altri mezzi" (N. Dentico, 2020)

THE NUMBERS

10 TOP PRIVATE FOUNDATION DONORS TO GLOBAL HEALTH (2006-2010)

Foundation	Cumulative Amount
1 Bill & Melinda Gates Foundation	\$8,000,000,000
2 Susan Thompson Buffett Foundation	\$684,000,000
3 National Postcode Lotorif (Netherlands)	\$242,000,000
4 Ford Foundation	\$163,000,000
5 Bloomberg Family Foundation	\$160,000,000
6 David and Lucile Packard Foundation	\$156,000,000
7 William and Flora Hewlett Foundation	\$105,000,000
8 Rockefeller Foundation	\$104,000,000
9 Children's Investment Fund Foundation (U.K.)	\$100,000,000
10 MacArthur Foundation	\$80,000,000

Primary source: The baseline data for this section is the Foundation Center's annual reports on the "Top U.S. Foundations Awarding International Grants to Health" (2006-2010). The center's data is based on grants of \$10,000 or more awarded by approx. 1,000 of the largest private and community foundations. The center uses circa-year data and calculates year-authorized grants. Many foundations report their grants directly to the center. For the remaining foundations, grants are researched from 990-PF tax returns. The Packard and Buffett Foundations provided revised 2006-2010 data for this report.



Domande da porsi sulle *Private Global Health Foundations*

- **Da dove** vengono i soldi?
- **Chi decide?**
- **Chi ci guadagna?** Dove finiscono i soldi?
 - Tecnologie Mediche o Rafforzamento dei Sistemi?
 - Malattie infettive vs Non-Communicable Diseases?

Conflitti di Interesse?

- Fondazioni private esentasse e società a scopo di lucro sempre più **coinvolte in affari con effetti nocivi per la salute globale.**
- Molte fondazioni di sanità pubblica hanno **collegamenti con aziende farmaceutiche e alimentari private.**

Revolving doors (Porte girevoli)

Dirigenti/manager che si spostano **dalla industria privata** (alimentare / farmaceutica) a **istituzioni governative e viceversa.**

THE HYPOCRISY OF GOVERNMENT

Meet Michael Taylor
Former V.P. for Public Policy
Monsanto

Now Meet Michael Taylor
Deputy Commissioner for Foods
Food & Drug Administration



Il filantro-capitalismo è sano?

(Stuckler et al. 2011)



- **Clamore mediatico Vs risultati reali.** È tempo di maggiore umiltà.
- La crescente **concentrazione di ricchezza e potere** tra i filantro-capitalisti non è salutare per la democrazia. È tempo di una maggiore responsabilità.
- L'uso dell'**approccio imprenditoriale** può danneggiare la società civile. È tempo di riaffermare l'autonomia dell'azione globale dei cittadini.
- *"Il filantro-capitalismo è un sintomo di un mondo disordinato e profondamente disuguale. Non ha ancora dimostrato di fornire la cura".* (Edwards, 2008)

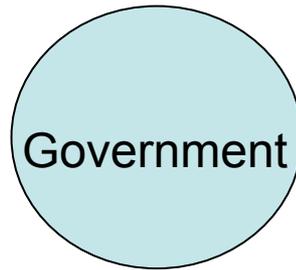
Global Health Governance

Vecchi e Nuovi Attori (4)

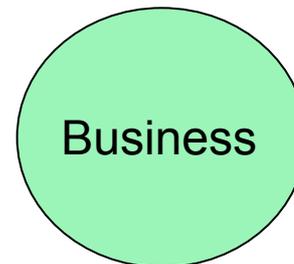
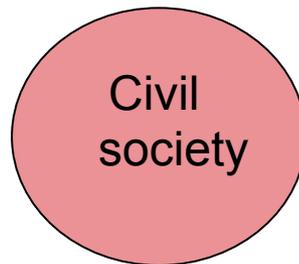
- National Governments
- Intergovernmental Institutions:
 - UN: **WHO**, UNICEF, UNHCR, UNDP, etc.; EU
 - WB, IMF, WTO, OECD
 - Global Public-Private Partnerships (GFATM, GAVI, etc.)
- Trans-National Corporations (TNCs)
- “*Philanthro-Capitalism*” & (tax-exempt) Private Foundations
- **Non-Government Organisations (NGOs)**
- **Civil Society and Social Movements**

Società civile, e *Global Health Governance*

State
Actor



Non-State
Actors



Tipologie ...

ONG-Onlus

Community based organisations (CBOs)

Università

'Think-tanks'

Associazioni professionali e sindacati

Fondazioni private

Movimenti sociali

Gruppi di pazienti

...



Differenze all'interno della società civile

- Fonti di finanziamento e rapporto con altri attori
- Dimensioni
- Geografia
- Disponibilità economica
- Legittimità
- Tipo di attività
- Orientamento politico

Importanti successi delle *Civil Society Organisations (CSO)*

- Blocco del *Multilateral Agreement on Investment (MAI)* del WTO al Ministerial Meeting di Seattle (1999)
- Costretto BigPharma ad abbandonare le loro azioni giudiziarie per impedire al governo sudafricano di importare medicinali generici ARV più economici. (2001)
- *Doha Ministerial Declaration on Access to Essential Medicines* (2001),
- Blocco del *Transatlantic Trade and Investment Partnership (TTIP)* (2016)



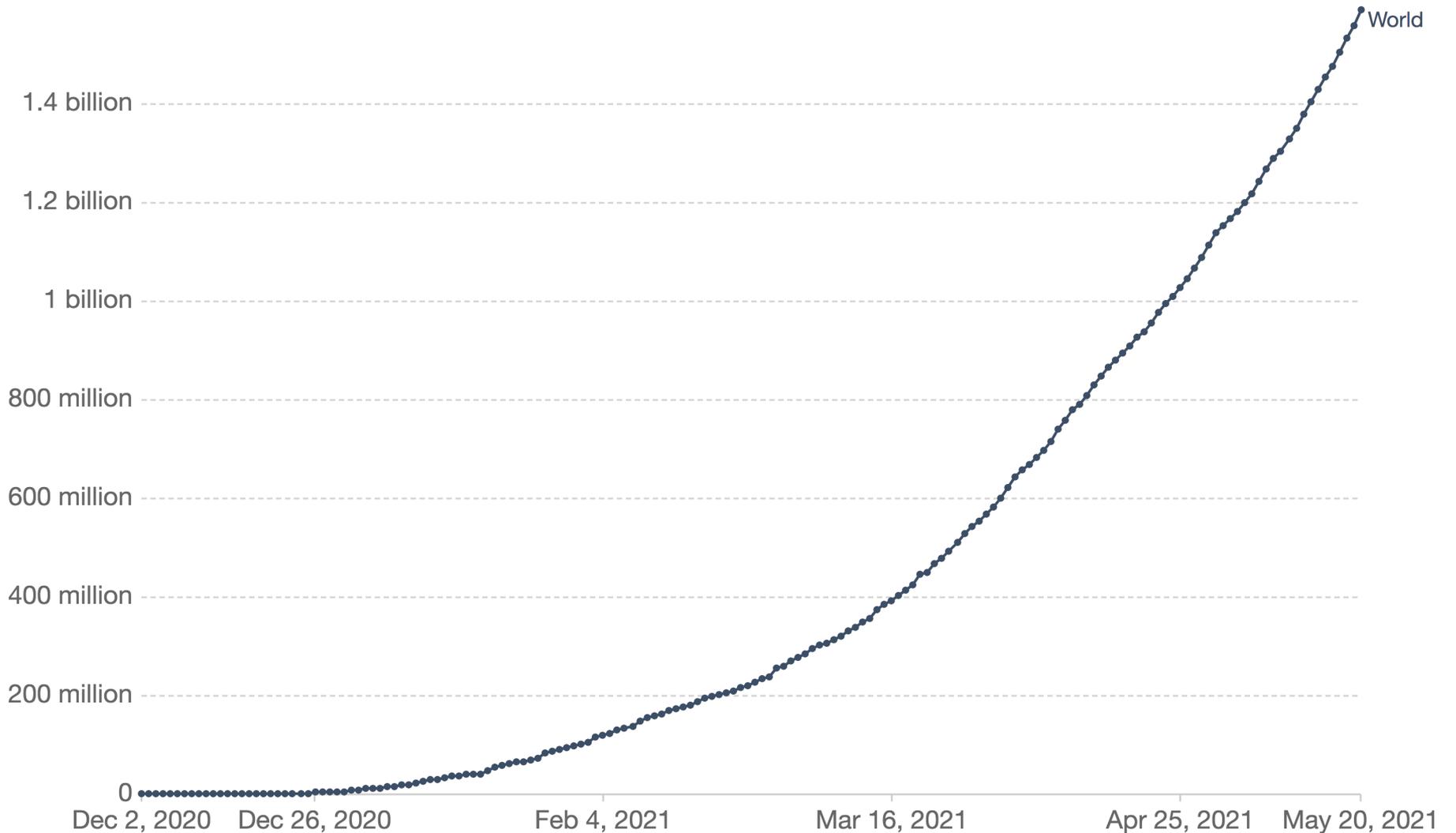
COVID-19

Un Manuale di Salute Globale

1. La **impreparazione** del nostro "sistema" sanitario.
2. Come la nostra società sia profondamente **fragile**.
3. L'attualità di antichi conflitti nelle scelte delle **priorità** (es. Salute vs Economia).
4. Esigenza di **trade-off** tra autonomia/libertà (*bene personale*) e salute pubblica (*bene collettivo*).
5. Non semplicemente pandemia infettiva, ma una **sindemia** (sintesi di due epidemie, biologica e sociale).
6. Radici nell'attuale **sistema economico globale** (es. vaccini).

COVID-19 vaccine doses administered

Total number of vaccination doses administered. This is counted as a single dose, and may not equal the total number of people vaccinated, depending on the specific dose regime (e.g. people receive multiple doses).



La cruda realtà

- Il **56%** dei 455M di dosi di vaccini Covid-19 sono state iniettate al **16%** della popolazione mondiale, mentre **69 nazioni** devono ancora ricevere una singola iniezione. **l'85% delle dosi nei paesi ricchi, e lo 0,3% ai paesi** a medio e basso reddito.
- **Oltre la metà** (6,4 dei 12,5 miliardi) delle dosi del 2021 già prenotate da **10 paesi** (il **13%** della popolazione mondiale).
- Australia e Canada si sono già assicurate forniture per **cinque volte** la loro popolazione.

*"La distribuzione iniqua dei vaccini non è solo un **oltraggio morale**, è anche **autolesionista** dal punto di vista economico ed epidemiologico [...] I governi e le aziende devono unirsi per superare questa **'scarsità artificiale'**"*
(Tedros Ghebreyesus, DG dell'OMS)

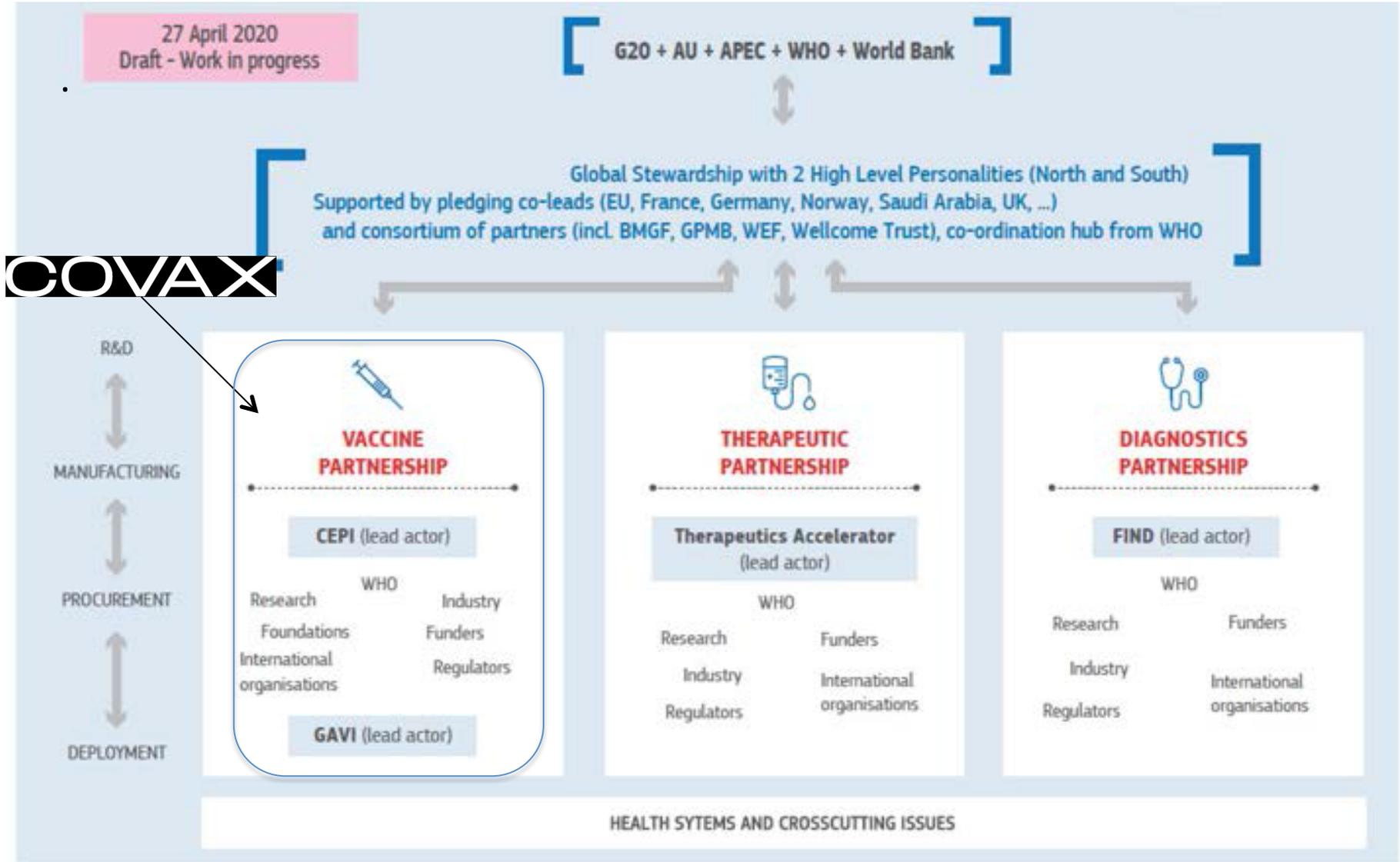
1) Come raggiungere l'**Equità**?

I) COVID-19 Technology Access Pool (C-TAP)



- **Accordo volontario** proposto dall'**OMS** (marzo 2020) in base al quale i detentori di PI e altre forme di conoscenza COVID-19 (dati clinici e know-how per la produzione di test diagnostici, dispositivi, medicinali o vaccini) si mettono insieme **per condividere** tali conoscenze.
- **OMS non in grado di motivare** un numero sufficiente di paesi né di suscitare la partecipazione del settore privato.
- Gli attori della società civile sono del parere che fare affidamento sulla **natura volontaria** degli impegni sia insufficiente per affrontare le sfide di questa pandemia.

II) Access to COVID-19 Tools (ACT) Accelerator



Global Alliance for Vaccines and Immunizations (GAVI), Coalition for Epidemic Preparedness Innovations (CEPI), Foundation for Innovative New Diagnostics (FIND)

COVAX

- **R&D: CEPI** (Coalition for Epidemic Preparedness Innovations)
- **Advance Purchase Agreements** (Contratti di Acquisto Anticipato) con produttori: **GAVI Alliance**
- **Distribuzione/Assegnazione: OMS**
- **Consegne: UNICEF**
- **Paesi partecipanti**: 98 auto-finanziati (HICs) + 92 LMICs

Perché COVAX non basta?

- Inizialmente inteso per tutti i paesi partecipanti, il COVAX finanzia Big Pharma in cambio di **dosi limitate** soltanto per i paesi alcuni poveri + paesi autofinanziati privi di accordi bilaterali con i produttori.
- Non consente **il trasferimento tecnologico**.
- Non affronta il problema del **regime di PI**.
- Non è sostenuto dalle **nazioni ricche** (nazionalismo vaccinale, mercato competitivo).
- **Non è trasparente** negli accordi con altri paesi.
- Abbandona multilateralismo per **multi-stakeholderismo**.
- Si affida alla **volontarietà dei partecipanti**.

III] Deroga al TRIPS *(Accordo di Libero Scambio sui Diritti di Proprietà Intellettuale)*

- Proposta introdotta da Sud Africa e India (ottobre 2020) e sostenuta da **100+ paesi e organizzazioni umanitarie**.
- Chiede di concedere ai paesi membri della OMC di **sospendere le regole della PI** riguardanti Covid-19 (brevetti, disegni industriali, know-how, copyright) fino alla fine della pandemia.
- **E' legittima** ai sensi dell'articolo IX dell'Accordo di Marrakesh fondativo dell'OMC.
- Giustificata dalla **entità dei finanziamenti pubblici**.
- Fino a quando **tutti** non ricevono il vaccino, **tutti** rimangono a rischio.
- Mette **i governi al posto di comando** consentendo loro di assolvere al loro obbligo di proteggere la salute pubblica.

Argomenti **contro** la deroga

- Le flessibilità TRIPS esistenti (**Licenza obbligatoria**) sono sufficienti per rispondere alla pandemia COVID-19.
- **La PI è essenziale per ricerca e innovazione** di nuovi farmaci e vaccini. Senza protezione IP le aziende farmaceutiche non possono recuperare quanto spendono per l'innovazione.

[I paesi che si oppongono sono gli stessi a cui sono già stati somministrati il 60% dei vaccini Covid-19 a livello globale].

2) Quali sono i principali **ostacoli** all'equità?



Ostacoli politici

- Mancanza di **trasparenza** nella negoziazione dei contratti.
- **Trappola dei prezzi** (Sudafrica paga AZ il doppio, Uganda il quadruplo di quanto pagato dall'UE).
- COVAX **manipolato** dai donatori.
- Accordi **bilaterali** (orchestrati secondo il “libero mercato”)
- **Nazionalismo** vaccinale (es. restrizioni alle esportazioni dalla UE)
- “**Diplomazia** dei vaccini” come nuova valuta geo-politica (es. Cina, Russia, Israele). .
- **Pressioni** da parte di paesi come USA, UE, Svizzera nell'uso delle flessibilità del TRIPS.

Cosa dovrebbe fare l'OMS per promuovere i vaccini COVID-19 come **bene pubblico globale?**

- Assicurare che i produttori si impegnino formalmente a **riservare una parte** delle loro forniture per i paesi poveri.
- Promuovere la produzione di vaccini **nei** paesi poveri.
- Promuovere **più trasparenza.**
- Offrire forte sostegno alla proposta di "**Deroga al TRIPS**" dell'OMC.

Conclusione

Ci troviamo in **un'emergenza sanitaria pubblica globale**: è tempo di utilizzare **tutti** gli strumenti legali e di sanità pubblica disponibili per fornire più vaccini a coloro che ne hanno più bisogno.

Ciò richiede:

1. l'espansione della **produzione** globale di vaccini,
2. il **trasferimento** di tecnologia,
3. la **condivisione** del know-how,
4. la **rinuncia temporanea** alle norme sulla proprietà intellettuale.

*Poiché la maggior parte delle aziende non si è mostrata disponibile, **i governi devono agire.***

*“La tradizione degli oppressi ci
insegna che lo «stato di emergenza»
in cui viviamo è la regola.”*

Walter Benjamin (1892-1940)

Lecture consigliate

- Global Health Watch 5, An Alternative World Health Report. Zed Books Ltd. 2017.
<https://phmovement.org/download-full-contents-of-ghw5/>
- Global health governance: a conceptual review / Richard Dodgson, Kelley Lee, Nick Drager. World Health Organization. Dept. of Health and Development. Available at:
<http://cgch.lshtm.ac.uk/globalhealthgovernance.pdf>
- Bodini C. & Stefanini A. (2014) Salute globale: storia macro e micro di un “nuovo” approccio. Salute e Territorio xxxv:340-5
http://www.formas.toscana.it/rivistadellasalute/fileadmin/files/fascicoli/2014/202/03_Bodini-Stefanini.pdf
- Stuckler D, Basu S, Mckee M. Global Health Philanthropy and Institutional Relationships: How Should Conflict of Interest Be Addressed? Plos Medicines 2011. doi:10.1371/journal.pmed.1001020
- De Vos P, et al. "Commission on Global Governance for Health: just another report?." The Lancet 383.9926 (2014): 1379-1380.
[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(14\)60674-7.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(14)60674-7.pdf)
- La parola ai privati. L'ordine delle cose è salvo.
<https://ilmanifesto.it/la-parola-ai-privati-lordine-delle-cose-e-salvo/>
- COVID-19 Is Smoke and Mirrors—What Matters Is International Law
<https://www.thinkglobalhealth.org/article/covid-19-smoke-and-mirrors-what-matters-international-law>
- Bambra, C., Fox, D., & Scott-Samuel, A. (2005). Towards a politics of health. Health promotion international, 20(2), 187-193.
- PHM Policy Brief on proposed TRIPS waiver.
<https://phmovement.org/policy-brief-on-proposed-trips-waiver/>
- Denticò, C. Ricchi e buoni. Le trame oscure del filantropocapitalismo. EMI, 2020.