



Network italiano  
Salute Globale  
Global Health Italian Network



**LA SALUTE GLOBALE**

**OLTRE L'EMERGENZA**



Redazione e ricerca a cura di Elivania Estrela Ayres, Elisa Bernelli, Marilena Bertini, Stefania Burbo, Massimo Chiappa, Alessandro Dadomo, Beatrice Mariottini, Gianfranco Morino, Maria Grazia Panunzi, Roberta Rughetti, Alexander Startsev, Manal Tahtamouni.

Le Ong Aidos, Amref Health Africa, Medicus Mundi Italia e World Friends, componenti del Network Italiano Salute Globale, hanno contribuito al rapporto fornendo le informazioni, di cui sono responsabili, relative alle testimonianze sul campo.

Editing a cura di Serena Fiorletta e Barbara Romagnoli.

Progetto grafico e impaginazione a cura di Tiziano Zuliani.

Per le immagini di copertina e all'interno del testo: a pagina 3 il copyright è di Aidos, alle pagine 4-5-6 di Amref Health Africa, alle pagine 9-10 di Medicus Mundi Italia, alle pagine 7-8 di World Friends. Le immagini di copertina sono di Medicus Mundi Italia e World Friends.

Policy Brief pubblicato nell'ambito del progetto "Global Health 4 all" [2020-2023] coordinato da Aidos per il Network italiano Salute Globale.

Dati e informazioni contenuti nel presente documento sono validi fino al 5 giugno 2021.

Info e contatti [press@networksaluteglobale.it](mailto:press@networksaluteglobale.it) - [www.networksaluteglobale.it](http://www.networksaluteglobale.it)



## LA SALUTE È UN DIRITTO UMANO FONDAMENTALE E UN BENE PUBBLICO GLOBALE

Per la sua importanza, è uno dei 17 obiettivi di sviluppo sostenibili dell'Agenda 2030, poiché assicurare il rispetto e la piena attuazione del diritto alla salute significa garantire ad ognuna e ognuno, in ogni parte del mondo, un accesso equo a servizi sanitari di qualità. Ciò comprende eliminare la mortalità materna e infantile, le malattie trasmissibili come Hiv/Aids, tubercolosi e malaria, nonché il pieno raggiungimento della salute sessuale e riproduttiva e della salute mentale. Promuovere questo diritto vuol dire anche garantire l'accesso al cibo, all'acqua e ai servizi igienico-sanitari (Wash - Water, Sanitation, Hygiene) e fondamentale diventa anche la salute dell'ambiente e del pianeta che abitiamo.

Il diritto alla salute, per essere tale, richiede la realizzazione della **Copertura Sanitaria Universale** (Uhc - Universal Health Coverage), per raggiungerla è necessario il rafforzamento dei **sistemi sanitari pubblici e comunitari**, da sostenere tramite **finanziamenti pubblici** e la **cooperazione internazionale, garantendo** la ricerca, la formazione e la prevenzione.

Date queste interrelazioni, si parla anche di salute globale come di approccio integrato di ricerca e azione che consideri la salute come stato di benessere bio-psico-sociale e come diritto umano fondamentale; un approccio dove salute e malattia sono considerate risultati di processi biologici, economici, sociali, politici, culturali e ambientali, trascendendo e superando le prospettive, gli interessi e le possibilità dei singoli Paesi<sup>1</sup>.

L'attuale pandemia, causata dal Sars-CoV-2, non soltanto ha provocato un drammatico arresto dei progressi nel campo della salute e del benessere globale, ma ha anche comportato dei veri e propri passi indietro rispetto a quanto era stato raggiunto, basti pensare all'impatto negativo dovuto all'interruzione di numerosi programmi di vaccinazione (dal morbillo al papilloma virus, ecc.). La risposta alla pandemia deve dunque essere **forte, condivisa, solidale e globale**. La **vita delle persone**, ovunque, deve venire sempre prima di qualsiasi profitto; **strumenti diagnostici, ricerca, terapie, farmaci e vaccini** utilizzati nella lotta contro il Covid-19 e contro tutte le altre malattie ed epidemie devono

essere considerati **beni pubblici globali** e la loro produzione ed equa distribuzione devono essere sostenute e garantite su scala mondiale.

Particolare attenzione deve essere posta nei confronti delle **persone colpite** in modo **sproporzionato** dalla pandemia, che ha acuito preesistenti condizioni di discriminazione e vulnerabilità. **Donne e ragazze**, i **gruppi vulnerabili**<sup>2</sup>, le **comunità emarginate** e le **popolazioni chiave**<sup>3</sup> devono essere poste al **centro delle strategie e delle risposte sanitarie globali**, non solo in qualità di utenti, ma come soggetti attivi a tutti i livelli del processo politico, decisionale, di attuazione e di monitoraggio.

La lotta alla pandemia non deve, però, far dimenticare tutte le altre epidemie esistenti che continuano a colpire vite umane come l'Hiv/Aids, la Tbc, la malaria, le malattie tropicali neglette, la diarrea, le polmoniti, la malnutrizione in tutte le sue forme.





## ONE HEALTH, UN APPROCCIO GLOBALE

Negli anni abbiamo avuto varie definizioni di salute a cui corrispondevano approcci e dimensioni: per l'Organizzazione mondiale della sanità la salute è uno stato di "totale benessere fisico, mentale e sociale" e non semplicemente "assenza di malattie o infermità". Quando si parla di salute globale ci si riferisce a "un'area di studi, ricerche e pratiche che ha come priorità il miglioramento della salute e il raggiungimento dell'equità in salute per tutti e tutte nel mondo. Viene enfatizzato l'ambito transnazionale, i determinanti della salute, le soluzioni globali; vengono coinvolte molte discipline delle scienze umane e promosse collaborazioni interdisciplinari; infine, si fa riferimento ad una sintesi di prevenzione a livello di popolazione e di assistenza clinica a livello dell'individuo".<sup>4</sup>

Il concetto di **One Health** racchiude tutto questo in modo operativo. Si fonda sulla necessità di cambiamento del modello di produzione e consumo per favorire atteggiamenti, azioni e forme di partecipazione attiva per ottenere una gestione più sostenibile delle risorse naturali del pianeta, nell'interconnessione tra persone, animali, piante ed il loro ambiente condiviso. Tale interconnessione rende indispensabile la presa in carico di ogni aspetto di "salute globale" da parte di tutte le cittadine e cittadini.

In relazione al Covid-19 salute globale significa che, davanti ad una pandemia, o la si riesce a eradicare in ogni luogo colpito oppure la malattia, quasi inesorabilmente, continuerà a essere presente e a riapparire in ondate successive. Attualmente, le interconnessioni tra i vari Paesi sono molto intense. È quindi probabile che una malattia fortemente infettiva come è il Covid-19 possa continuare a diffondersi da un Paese all'altro. Come accaduto con le varianti che si sono diffuse anche nei Paesi vicini, alcuni dei quali erano riusciti a bloccare la pandemia. Le varianti possono essere più infettive del virus originario e non essere completamente eradicabili dai vaccini in uso.



## Focus AFRICA

**In Africa**, continente in cui Amref Health Africa concentra il proprio lavoro, è probabile che i **numeri della pandemia** da Covid-19 siano **sottostimati**. Sembra tuttavia che la pandemia sia meno diffusa che in Europa e che sia meno mortale. I motivi di questa minore diffusione sono diversi e non tutti ben compresi, tra gli altri la più giovane età della popolazione e la distribuzione meno concentrata degli abitanti, specie nelle zone rurali.

Nonostante ciò, come è noto, **l'organizzazione sanitaria è particolarmente fragile** e alle cause di morte abituale quali mortalità materna, malaria, diarrea, polmoniti, malnutrizione si è aggiunta quella da Covid-19, **che colpisce anche lo scarso personale sanitario**. In questo periodo le morti per le malattie abituali flagello dell'Africa sono aumentate, proprio per minore personale sanitario, per difficoltà logistiche di approvvigionamento farmaci e trasporto di persone che necessitano di essere spostate in centri sanitari più attrezzati. Se in questo periodo fosse possibile immunizzare il personale sanitario e una quota significativa della popolazione africana, potrebbe essere possibile prevenire una tragedia ancora più grande.

Al 28 aprile 2021 risultano somministrate 1.041.768.033 dosi di vaccino anti-Covid-19 a **livello globale**. Le persone vaccinate con la seconda dose sono 243.268.968, ed equivalgono al 3,13% della popolazione.

Al 31 maggio 2021, l'Africa conta 4.895.960 contagi e 131.323 decessi legati al Covid-19, con un aumento dei contagi del 14% (fonte [www.worldmeters.info/coronavirus](http://www.worldmeters.info/coronavirus)).

Il Sud Africa rappresenta il Paese più colpito del continente, con 1.577.200 di casi e 54.237 decessi. A seguire, Marocco (509.972 casi e circa 9.005 decessi), Tunisia (303.584 casi e 10.444 decessi), Etiopia (254.044 casi e 3.605 decessi) ed Egitto (224.517 casi e 13.167 decessi).

Per raggiungere **l'obiettivo di vaccinare almeno il 60% della popolazione** (circa 780 milioni di persone) il continente africano avrà bisogno di 1,5 miliardi di dosi di vaccino che, secondo le stime attuali, potrebbero costare tra gli 8 e i 16 miliardi di dollari, con costi aggiuntivi del 20-30%, per il programma di distribuzione vaccinazione. Secondo l'Africa Centres for Disease Control and Prevention (Africa Cdc) al 28 aprile, le dosi di vaccino Covid-19 ricevute dal continente africano sono oltre 36 milioni, ma ne sono state somministrate solo 15 milioni. Il Paese che ha somministrato più dosi è attualmente il Marocco, con oltre 10 milioni di somministrazioni. A seguire, Nigeria (964.387), Ghana (599.128) e Kenya (340.121).



**L'Oms auspica di vaccinare il 20% della popolazione africana entro la fine del 2021.** Tra i 47 Paesi che afferiscono alla regione africana dell'Oms, solo un quarto ha piani adeguati a risorse e finanziamenti.

Il **problema delle vaccinazioni in Africa** e nei Paesi a basso reddito non è ancora risolto. Circa 20 milioni di bambine e bambini nel mondo (oltre 1 su 10) non hanno ricevuto vaccini contro malattie come morbillo, difterite e tetano (Oms, 2019). Le coperture vaccinali contro difterite, tetano e pertosse a livello globale si sono arrestate all'86% circa dal 2010. In Sud Sudan, meno del 50% dei bambini e delle bambine risulta vaccinata (Unicef, 2020). Questa percentuale corrisponde a circa 116 milioni di bambini e bambine vaccinate/i nel mondo, ma non è sufficiente. È necessaria una copertura del 95%, in tutti i Paesi e le comunità, per proteggere da malattie gravi, spesso mortali.

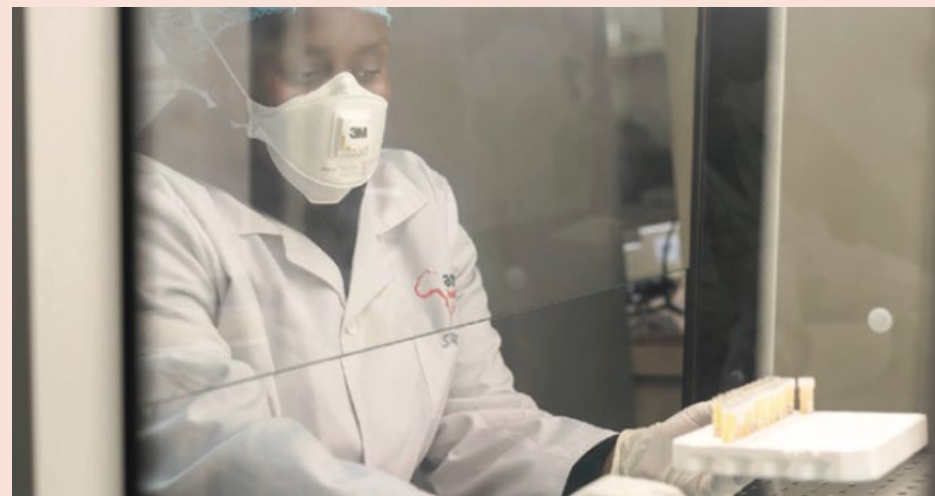
## Per il bene di tutte e tutti

Amref Health Africa ha lanciato la campagna "Per il bene di tutti" che ha lo scopo di sensibilizzare la popolazione italiana sulla necessità di offrire a chiunque un accesso equo ai vaccini per diverse patologie, ed è volta a promuovere e finanziare interventi indispensabili allo sviluppo di un programma

di vaccinazione di massa trasversale in otto Paesi dell'Africa sub-sahariana: Etiopia, Kenya, Malawi, Senegal, Sud Sudan, Tanzania, Uganda, Zambia. L'obiettivo della campagna è di formare migliaia di operatrici/operatori sulla corretta somministrazione del vaccino, allestire centri di vaccinazione, arrivare nelle aree più remote con cliniche mobili e presidiare la catena del freddo, raggiungendo oltre 9 milioni di beneficiari e beneficiarie.

Nella prima fase della lotta al Covid-19 Amref Health Africa ha raggiunto oltre 1,3 milioni di persone, formato circa 110.000 operatrici/operatori sanitari in Africa e attrezzato cinque laboratori in Kenya per effettuare i test. In Kenya ha inoltre fatto un interessante studio che ha valutato la **conoscenza di operatrici/operatori sanitari di comunità (Chw - Community Health Workers) sul vaccino anti Covid-19**. Il 50% non si ritiene informato affatto, il 37% informato ma non abbastanza da poter coinvolgere la comunità in cui presta il proprio lavoro.

Conoscenze inadeguate si registrano per ciò che riguarda l'ammissibilità dei pazienti, quali misure tenere dopo la vaccinazione di ogni persona e il bisogno di vaccinare chi ha contratto l'infezione. La differenza osservata in diversi territori del Kenya (Nairobi, Mombasa, Kajiado e Trans-nzoia) è legata alla contea di origine del Chw e alla sua eventuale partecipazione ad altre campagne vaccinali. Questo studio ha evidenziato come sia necessaria un'azione di sensibilizzazione delle comunità sui vaccini anti Covid-19, con particolare attenzione alle contee meno preparate, per non lasciare disuguaglianze di informazione e di coinvolgimento tra le diverse zone del paese.





Le **principali fonti di informazione** sono stati Tv e radio e hanno esitazione vaccinale coloro che hanno informazioni dai social e da incontri di comunità e non da fonti ufficiali. **L'esitazione vaccinale tra i Chw intervistati è del 19%** con variazioni tra contee (dal 6 al 35%), per cui variano anche le cause che determinano l'esitazione. Ovviamente Chw incerti non favoriscono l'accettazione della pratica tra le persone con cui operano. Per superare queste difficoltà i piani futuri sono di aumentare i corsi di formazione sulla utilità e sicurezza dei vaccini, cercando di superare l'esitazione vaccinale dei più riluttanti. Importante anche spingere i Chw ad attingere informazioni dai dati messi a disposizione dal Ministero della Salute e a disporre di materiale informativo su piattaforme informatiche. I messaggi più frequenti che spingono alla esitazione vaccinale sono che la medicina tradizionale può curare l'infezione da Covid-19 con una mistura di ginger, miele e limone e che il vaccino può dare problemi di trombosi, causare infertilità nelle donne ed impotenza negli uomini



## LA PANDEMIA VISSUTA NEGLI SLUM DI NAIROBI NORD-EST

Nairobi, la capitale del Kenya, ha una popolazione di oltre 4 milioni di abitanti, il 56% della quale vive in insediamenti informali, meglio conosciuti come *slum*. In quelli dell'area nord-est della capitale - Koroogocho, Baba Dogo, Kariobangi, Mathare, Huruma – abitano oltre 500.000 persone, di cui oltre la metà di età inferiore ai 14 anni. Queste zone sono caratterizzate da condizioni di povertà assoluta e dall'insufficienza di servizi essenziali come scuole e strutture sanitarie di base. Gran parte degli/delle abitanti di questi insediamenti svolge lavori occasionali o nel settore informale, generando redditi insufficienti per soddisfare i bisogni essenziali.

La diffusione del Covid-19 ha colto il Sistema Sanitario Nazionale impreparato. All'inizio della pandemia nell'intero paese erano presenti solamente 162 unità di terapia intensiva sparse in 24 contee; le 22 rimanenti ne erano completamente sprovviste. Non meno importante è la carenza di ossigeno medico nelle strutture sanitarie: l'aumento della domanda combinata con la diffusione del virus aumenta esponenzialmente il rischio di fatalità dovuto alla contrazione del virus. Inoltre, le misure di prevenzione risultano praticamente impossibili



da applicare nel contesto urbano di Nairobi, dove le famiglie condividono principalmente monocali senza servizi igienici e con un limitato ricambio d'aria.

A seguito dell'emergenza Covid-19 nel paese, le autorità governative hanno adottato diverse misure. Tra queste il coprifuoco dalle 8 di sera alle 4 di mattina, il *lockdown* della Contea di Nairobi e la chiusura di attività non essenziali. Tali direttive hanno condotto parte della popolazione di Nairobi a spostarsi verso le aree rurali, riducendo drasticamente le attività in città. Ciò ha avuto conseguenze drammatiche sul reddito delle famiglie degli *slum*. La situazione colpisce soprattutto bambini e bambine di età inferiore ai 5 anni e le donne in gravidanza, con un preoccupante aumento di malnutrizione grave e acuta. Inoltre, la chiusura delle scuole mina non solo il diritto all'istruzione, ma anche un altro diritto umano fondamentale, quello al cibo. I bambini e le bambine dipendono fortemente dai programmi alimentari scolastici, in quanto spesso il



pasto consumato nelle scuole è l'unico che ricevono nell'arco dell'intera giornata.

Da marzo 2020 World Friends (Wf) ha cominciato a prendere tutte le misure necessarie per contenere e combattere il diffondersi della malattia secondo le direttive dell'Oms e del Ministero della Salute del Kenya.

Al Runh Hospital sono stati immediatamente implementati dei protocolli procedurali per migliorare il controllo e la prevenzione delle infezioni, in modo da garantire un costante miglioramento della qualità dei servizi ospedalieri, mantenendone l'accessibilità per tutti. All'ingresso dell'ospedale è stato predisposto un servizio di *triage* per regolare gli ingressi nella struttura e separare eventuali casi sospetti.

La pandemia ha tuttora effetti ad ampia portata, non da ultima la cosiddetta "terza ondata" che il Kenya sta vivendo da marzo 2021 e che ha messo a dura prova il Sistema Sanitario Nazionale. Lo stigma creato dalla pandemia ha causato una netta riduzione dei pazienti che si affidano a ospedali e centri sanitari per le cure. Le attività di sensibilizzazione e formazione sono state condotte tramite sessioni di sensibilizzazione all'interno del Runh e nelle cliniche partner di Wf, situate nelle baraccopoli di Nairobi nord-est. Infine, per raggiungere il maggior numero di beneficiari e beneficiarie possibile, sono stati coinvolti i *Community Health Volunteers* (Chv) in modo da assicurare una copertura







e una diffusione capillare delle attività all'interno delle comunità coinvolte. A supporto delle attività sono stati utilizzati poster, volantini illustrati, manifesti e banner, tradotti nella lingua locale.

Quando sensibilizzate, le persone dimostrano un atteggiamento positivo riguardo l'utilizzo dei dispositivi di protezione personale, l'adozione di una maggiore attenzione nell'igiene personale, il rispetto del distanziamento sociale e il miglioramento delle abitudini alimentari in modo da rafforzare il proprio sistema immunitario. Inoltre, la formazione dei Chv ha permesso di espandere il raggio di azione delle attività anche verso quelle persone che non frequentano solitamente i centri di salute o che avevano smesso di frequentarli perché spaventate dal lasciare la propria abitazione per paura di contrarre il virus. La distribuzione dei Dispositivi di Protezione Individuale (Dpi) e l'installazione dei punti di lavaggio mani presso i centri di salute raggiunti dai progetti di Wf hanno permesso di ridurre la diffusione del virus in quei contesti maggiormente a rischio per via della mancanza di fondi o delle condizioni di vulnerabilità della popolazione che servono.

La campagna vaccinale, iniziata a metà marzo 2021, procede lentamente e in maniera diseguale all'interno del Paese. Le risorse rese disponibili dal governo del Kenya per far fronte alla pandemia si sono rivelate insufficienti, mentre, in una fase delicata come quella attuale, dove un aumento esponenziale dei casi si va a sommare ad un lento inizio della campagna vaccinale nel paese, è opportuno svolgere ulteriori attività di *screening*, monitoraggio e prevenzione del Covid-19, sensibilizzando al contempo la popolazione sulla necessità di sottoporsi alle cure necessarie e rivolgersi ai centri sanitari in caso di bisogno.



## VIVERE CON LA PANDEMIA A CIDADE OLIMPICA

### **São Luís, capitale del Maranhão, 10 maggio 2021**

La pandemia da Covid-19 è arrivata in Brasile in un momento molto difficile, per le turbolenze politiche interne e per la grave crisi economica già in corso. La sua esplosione si associa alle politiche governative che hanno prodotto la restrizione di numerosi diritti, la fine di diversi programmi sociali federali e degli incentivi all'agricoltura familiare, la crisi ambientale e la crescita delle disuguaglianze sociali: decine di milioni di famiglie vivono nuovamente in condizioni di fame e povertà estrema. L'impotenza dell'apparato dirigente federale, il mancato rispetto delle norme di distanziamento sociale, le condizioni sanitarie spesso precarie hanno favorito, fra gli altri fattori, la crescita esponenziale della pandemia, portando il Brasile ad essere il terzo paese al mondo per numero di contagi (16,803 milioni) e il secondo per numero di morti (469.388<sup>5</sup>).

A São Luís, 74.097 famiglie su un totale di 185.421 vivono in condizioni di povertà estrema<sup>6</sup>.

Il bairro di Cidade Olímpica nell'estrema periferia a sud-est della capi-

tale dello Stato del Maranhão, con una superficie di 270 ettari, è considerata la più vasta occupazione urbana dell'America Latina. Più di 90.000 persone vivono ammassate in baracche, in spazi limitati, con cattive condizioni igieniche, senza acqua potabile e servizi igienici di base. Cidade Olímpica è stato uno dei primi quartieri di São Luís a subire gli impatti della pandemia: migliaia di persone sono state colpite dal virus, hanno perso il lavoro, sono rimaste senza assistenza sanitaria, hanno sofferto la mancanza di cibo. Per la maggioranza delle famiglie, che già vive in condizioni molto precarie, oltre al dolore per la perdita dei propri cari, la grande difficoltà da affrontare è l'isolamento. La pratica del distanziamento proposta dalle autorità pubbliche non è accompagnata da azioni sanitarie preventive di base, non vengono effettuati test di massa e neppure introdotte misure economiche che privilegino la sicurezza alimentare e la generazione di posti di lavoro e reddito. Al gran numero di morti per Covid-19 registrati (più di 8216 nello stato del Maranhão su oltre 293.518 persone contagiate<sup>7</sup>), si aggiungono le migliaia di donne e uomini privati dell'assistenza di base. Molte famiglie non sono in condizione di acquistare dispositivi di protezione e igiene personale. Questa situazione si aggrava per le donne, molto spesso capofamiglia, soprattutto nella cura dell'igiene delle bambine e dei bambini.



La coordinatrice socio-sanitaria Elivania Estrela Ayres e il dottor Bernardo Martins di Medicus Mundi Italia (Mmi), sono in prima linea nell'affrontare la situazione di emergenza a Cidade Olimpica. Coordinano, con l'aiuto di decine di volontari e volontarie, i progetti della Fundação Justiça e Paz se Abraçaram e della Associação Santo Antônio dos Pretos, partner brasiliani di Mmi. L'obiettivo è quello di rafforzare le buone pratiche sociali e sanitarie in difesa della vita, della salute e dei principali diritti delle famiglie più vulnerabili.

Le difficoltà da affrontare sono enormi: entrare nelle case, la paura del contagio, la carenza di dispositivi di protezione individuale (Dpi), le molte contraddizioni informative fornite alle persone, anche da parte delle autorità pubbliche, la carenza di équipe sanitarie a cui corrisponde l'alto numero di famiglie da assistere, l'inflazione dei prezzi dei prodotti di protezione e per l'igiene, la scarsa attenzione data alle malattie endemiche e alle co-morbilità da parte del servizio pubblico di salute.

Il progetto "Bem Viver" sta formando e attivando agenti comunitari per assistere le famiglie non raggiunte dal sistema sanitario pubblico: per la prevenzione della pandemia, per l'assistenza e il riferimento dei casi più critici di persone affette da Covid-19, di bambini e bambine con malattie virali, malnutrizione e anemia, di donne in età fertile per la prevenzione dell'ipertensione, dei tumori al seno e al collo dell'utero, di anziani e an-

ziane con problemi di ipertensione e diabete.

Il progetto ha consentito la distribuzione di oltre 20 tonnellate di cibo a 400 famiglie vulnerabili, di oltre 4000 kit per la pulizia e l'igiene nelle scuole e a 800 famiglie e la distribuzione di Dpi per gli agenti sanitari comunitari, ha fornito assistenza sanitaria di base, assistenza medica (ha portato personale medico nelle comunità anche per assistere persone con patologie endemiche e con mobilità ridotta), assistenza psicologica (esperte/i in salute mentale hanno assistito donne vittime di violenza in tempo di pandemia). In collaborazione con Unicef, ha supportato 200 ragazze dai 12 ai 26 anni nel rafforzamento dell'autostima e della cura di sé.

"Malgrado tutto il mio sentimento è di speranza - afferma Elivania Estrela - nonostante le grandi difficoltà ed il dolore vissuto, anche in prima persona con la perdita del nostro leader carismatico (Padre José Bráulio, ucciso dalla pandemia nel 2020), per quelle irreparabili di milioni di persone in Brasile e nel mondo. Mi sento connessa a centinaia di migliaia di operatori, operatrici, volontari e volontarie nel mondo, che non si stancano mai di sperare e lottare per garantire a tutta la cittadinanza degne condizioni di salute e di vita. La sfida ora è porre fine all'emergenza sanitaria, sociale ed economica, a partire dalla garanzia di accesso universale ai vaccini!"





## GIORDANIA: L'IMPATTO DEL COVID-19 SUI SISTEMI E I SERVIZI SANITARI, IN PARTICOLARE I SERVIZI DI SALUTE RIPRODUTTIVA

L'impatto della pandemia da Covid-19 sui sistemi sanitari mondiali non ha risparmiato la salute sessuale e riproduttiva.

Aidos, che lavora in Giordania da molti anni, ha visto sul campo gli effetti immediati della pandemia sulla salute delle donne. Questo paese a reddito medio-basso con una popolazione di dieci milioni e mezzo di persone, il 25% delle quali sono di varia provenienza (85% sono oggi rifugiate e rifugiati siriani), con l'arrivo della pandemia nei primi mesi del 2020 ha messo in moto una serie di misure preventive e di contenimento del virus molto restrittive, che hanno impattato fortemente l'accesso alla salute sessuale e riproduttiva per centinaia di migliaia di donne e ragazze. A gennaio 2021, il numero totale di casi di Covid-19 era di 318.181 di cui 4.198 decessi.

### Principali sfide del sistema sanitario giordano

La porzione del bilancio generale destinato al Ministero della Salute e la spesa sanitaria sono stati ridotti di oltre il 25%. Più dell'88% del bilancio sanitario è destinato all'assistenza sanitaria terziaria. Non vi è un buon partenariato pubblico-privato. Il tasso di utilizzo dei contraccettivi è diminuito dal 62% nel 2012 al 52% nel 2018. Il tasso di anemia tra bambine e bambini è del 32%, e del 43% tra le donne. Vi è un'alta prevalenza di malattie croniche: il 34% della popolazione giordana sopra i 35 anni soffre di almeno una malattia cronica, tra cui diabete (30%), ipertensione e malattie cardiache (50%), obesità (75%) (fonte Aidos).

La chiusura di centri sanitari/poliambulatori primari e secondari, la limitazione dei servizi erogati per fare posto al trattamento di pazienti Covid-19, l'interruzione delle forniture per il trattamento di altre malattie croniche e la chiusura di molte Ong hanno fatto sì che il numero di gravidanze non pianificate aumentasse esponenzialmente, così come i tassi di morbidità e mortalità neonatale, e che l'accesso a vari tipi di servizi fosse sospeso. Al contempo, come nel resto del mondo, si è assistito a un aumento dei casi di violenza di genere e in special modo di violenza domestica. La scelta di non considerare la salute sessuale e riproduttiva come servizio sanitario essenziale, la scarsa

partecipazione di donne e ragazze nella risposta all'emergenza Covid-19 e la scarsa coordinazione tra le diverse istituzioni preposte alla risposta alla pandemia hanno causato un drastico peggioramento nell'accesso a un diritto fondamentale, quello alla salute sessuale e riproduttiva, intimamente connesso ad altri diritti umani come quello alla vita, alla sopravvivenza, alla libertà e alla sicurezza personale, nonché al diritto a ottenere lo standard di salute più alto possibile. Per questo Aidos lavora costantemente insieme alle associazioni partner per rafforzare i centri per la salute presenti sul territorio e monitorare l'inclusione della salute sessuale e riproduttiva nei piani di emergenza a livello globale e l'adozione di un Pacchetto iniziale minimo di salute riproduttiva in emergenza (Misp - Minimum Initial Package of Reproductive Health in Emergency), per assicurare un accesso continuato e garantito a questo diritto fondamentale per tutte le persone, in particolare donne e ragazze.

### Il Multilateralismo e il ruolo dell'Oms

Un'adeguata gestione della salute mondiale richiede **sforzi ed azioni multilaterali**, che promuovano **solidarietà e coordinamento globali**. L'**Organizzazione mondiale della sanità [Oms]**, ha un ruolo di assoluto rilievo nel guidare la comunità internazionale attraverso le sempre più numerose e complesse sfide sanitarie mondiali. Alla luce delle criticità emerse con la comparsa del Covid-19, non da ultimo la prepotente riaffermazione sulla scena politica di interessi nazionalisti rispetto ad un'ottica di intesa e cooperazione internazionale, risulta necessario **rafforzare** con determinazione **il ruolo dell'Oms** quale entità di coordinamento della salute globale all'interno del sistema multilaterale delle Nazioni Unite. Per essere efficace e duraturo, tale consolidamento deve avvenire attraverso un **finanziamento sostenibile**, un **impegno solido e trasparente** nella *governance*, un **miglioramento** delle competenze necessarie per la sua **guida** ed il suo **coordinamento** da un punto di vista tecnico e normativo.

Le politiche e gli investimenti fatti in nome del "ricostruire meglio" (*building back better*) devono garantire una vera **coerenza politica** attraverso **soluzioni sostenibili** rispetto alle priorità sanitarie, economiche ed ambientali per le generazioni future, prestando attenzione all'uguaglianza di genere.

### Access to Covid-19 Tools (ACT) - Accelerator

Si tratta di una collaborazione mondiale **nata appositamente per contrastare la pandemia Covid-19**, con il compito di coordinare al meglio le infrastrutture e le competenze esistenti nell'ambito della salute pubblica globale per **accelerare lo sviluppo, la produzione e l'equa distribuzione di test, cure e vaccini** anti Covid-19. Tale collaborazione, **avviata nell'aprile 2020** da Oms, Commissione europea, Francia e Fondazione Bill & Melinda Gates, riunisce leader di governi, organizzazioni dedicate alla salute pubblica, organizzazioni della società civile, imprese e filantropi di tutto il mondo. Data la sua natura limitata nel tempo, legata al corso della pandemia, ACT-A **non costituisce una nuova organizzazione o entità**, bensì rappresenta il risultato di una volontà di coordinamento tra realtà già esistenti e impegnate nella lotta al Covid-19<sup>8</sup>.

Il lavoro di ACT-A risulta diviso in tre *pilastri* fondamentali: **Vaccines (Covax)**, guidato da Oms, Cepi e Gavi; **Diagnostics**, guidato da Oms, FIND e Global Fund; **Therapeutics**, guidato da Oms, Wellcome e Unitaïd. Ai tre pilastri se ne aggiunge un quarto, l'**Health Systems Connector**, guidato da Global Fund, Banca mondiale e Oms, che ha il compito di individuare tempestivamente e affrontare insorgenti difficoltà nei sistemi sanitari di specifici Paesi e che agisce pertanto trasversalmente rispetto a vaccini, strumenti diagnostici e cure. Infine vi è il gruppo di lavoro **Access & Allocation**, guidato dall'Oms, che è a capo del lavoro di ACT-A sull'equità di accesso e distribuzione dei *beni Covid-19*<sup>9</sup>.

Covax è un meccanismo istituito allo scopo di favorire **lo sviluppo e la produzione** di un'ampia gamma di vaccini contro il Covid-19 e, soprattutto, una loro **equa distribuzione** a livello mondiale, garantendone l'**accesso** anche alle popolazioni dei **Paesi più poveri**. Aderiscono a Covax 190 Paesi, tra cui vi sono Paesi "auto-finanziatori" a reddito medio e alto e 92 "finanziati" a reddito prevalentemente basso e medio-basso<sup>10</sup>. Entro il 2021, Covax si pone l'obiettivo di distribuire 2 miliardi di dosi alle persone più a rischio ed esposte al contagio da Covid-19 (circa il 20% delle popolazioni di ciascun Paese); a fine maggio 2021 ne sono state distribuite più di 71 milioni in 125 Paesi<sup>11</sup>. Oltre al reperimento e alla distribuzione delle dosi, Covax sta investendo per permettere ai Paesi di avere accesso alle attrezzature e tecnologie necessarie per il funzionamento della catena del freddo. Affinché Covax possa raggiungere i propri obiettivi, sono necessarie alcune condizioni. Innanzitutto, un in-

cremento dei finanziamenti, per colmare il gap finanziario di 2.6 miliardi di dollari per il 2021<sup>12</sup>; alcuni Paesi, tra cui l'Italia con 300 milioni di euro, si sono impegnati in questa direzione in occasione del Global Health Summit svoltosi lo scorso maggio. Contestualmente, è necessario porre fine alle pratiche nazionaliste che indeboliscono il potere contrattuale di Covax e ne ostacolano il principio solidaristico, come gli **accordi bilaterali** che i **Paesi più ricchi**, siglano con le **case farmaceutiche** o le restrizioni sull'exportazione dei vaccini messe in atto da alcuni Paesi, che limitano le scorte a cui quelli più poveri possono avere accesso.

### Covid-19 Technology Access Pool (C-TAP)

L'iniziativa C-TAP è nata il 29 maggio 2020, in seguito alla richiesta fatta dal Presidente della Costa Rica Carlos Alvarado Quesada al Direttore Generale dell'Oms Tedros Adhanom Ghebreyesus di impegnarsi al fine di **mettere in comune i diritti relativi alle tecnologie** necessarie per porre fine alla pandemia causata dal Covid-19. Collegato al C-TAP è un [Appello alla Solidarietà](#), con cui si chiede ai principali attori coinvolti e all'intera comunità internazionale di impegnarsi per realizzare, a livello mondiale, un **accesso equo alle tecnologie sanitarie** impiegate nella lotta contro il Covid-19. Tale impegno prevede la **condivisione, su base volontaria, di informazioni, dati, competenze tecniche, proprietà intellettuali e licenze** relative allo sviluppo e alla produzione di test diagnostici, dispositivi, farmaci e vaccini per il Covid-19<sup>13</sup>.

La condivisione di informazioni e dati, solitamente tenuti segreti o protetti da brevetti, è infatti uno strumento prezioso per **accelerare lo sviluppo dei prodotti sanitari necessari**, evitando inutili sovrapposizioni nelle attività di ricerca e facendo sì che un **maggior numero di persone** possa beneficiare dei risultati ottenuti. Scopo di C-TAP è dunque quello di **promuovere e facilitare la condivisione scientifica**, nonché di **rimuovere le barriere** che impediscono a test, dispositivi, farmaci e vaccini, indispensabili per il contenimento e la lotta al Covid-19, di essere disponibili per tutti a livello globale, come invece dovrebbe essere in base al **diritto alla salute**<sup>14</sup> e come indicato nel target 3.B del terzo Obiettivo di sviluppo sostenibile della Agenda 2030<sup>15</sup>.

Come nel caso di ACT-A, **C-TAP non costituisce una nuova entità** e opera attraverso istituzioni già esistenti: la Technology Access Partnership della Banca della Tecnologia delle Nazioni Unite; il Medicines Patent Pool



(MPP); l'Open COVID Pledge (OCP); la Global Initiative on Sharing All Influenza Data (GISAID) ed il Global Observatory on Health R&D dell'Oms. Inoltre, vi è il **database C-TAP dell'Oms**, deposito virtuale di dati, informazioni e *know-how* sulle tecnologie sanitarie relative al Covid-19 e che ha un ruolo di coordinamento con altre piattaforme e database.

L'iniziativa C-TAP ed il relativo Appello alla Solidarietà trovano sostegno nella **risoluzione sulle strategie da attuare in risposta all'attuale pandemia**, adottata nel maggio 2020 durante la **73esima Assemblea Mondiale della Sanità**, e che esplicita la necessità di collaborare a livello globale, anche attraverso la condivisione di licenze e brevetti, al fine di facilitare un accesso tempestivo, equo ed effettivo ai *beni Covid-19*.

Ad oggi, hanno aderito all'Appello entrando a far parte del C-TAP quaranta Paesi, diverse istituzioni internazionali, nonché numerose organizzazioni non governative ed individui<sup>16</sup>.

Il **settore farmaceutico**, attraverso la Federazione Internazionale dei Produttori e delle Associazioni Farmaceutiche (Ifpma) **ha invece deciso di non aderire al C-TAP**, affermando che i diritti di proprietà intellettuale e i brevetti che ne derivano non costituiscono un ostacolo a ricerca, sviluppo e accesso ai prodotti per il Covid-19.

### TRIPs Waiver

L'**Accordo TRIPs**<sup>17</sup> (Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights) **dell'Organizzazione Mondiale del Commercio** (Omc) è il più importante trattato internazionale riguardo ai **diritti di proprietà intellettuale**.

In considerazione della gravità della pandemia Covid-19, il 2 ottobre 2020, India e Sudafrica hanno avanzato una **proposta al Consiglio TRIPs dell'Omc**, chiedendo che agli Stati membri di tale Organizzazione, attualmente 164, venga concessa una **deroga** rispetto all'applicazione di alcune disposizioni dell'Accordo TRIPs, al fine di garantire la **sospensione temporanea di tutti i diritti di proprietà intellettuale** relativamente a **prodotti e tecnologie** necessari per porre fine alla pandemia causata dal **Covid-19**. La richiesta di India e Sudafrica trova **legittimità giuridica** nell'Accordo di Marrakech, costitutivo dell'Omc, che stabilisce, all'Art. IX commi 3 e 4 la possibilità, in caso di **circostanze eccezionali**, di stabilire delle **deroghe** rispetto agli obblighi imposti dai trattati in vigore nel sistema Omc, di cui il TRIPs fa parte<sup>18</sup>. Tale deroga, che non coinvolgerebbe dunque l'Accordo TRIPs nella sua interezza e si applicherebbe in ogni

caso ai **soli beni Covid-19**, permetterebbe **ai Paesi che lo desiderassero** di non concedere brevetti e altri diritti di proprietà intellettuale nel caso di medicine, vaccini, strumenti diagnostici e altre tecnologie usate nella lotta al Covid-19, per **l'intera durata della pandemia**. Lo scopo è quello di consentire agli Stati collaborazioni più libere nei campi di **ricerca, sviluppo, produzione in scala e approvvigionamento** degli strumenti necessari per la prevenzione, il contenimento ed il contrasto alla pandemia<sup>19</sup>.

L'approvazione della deroga agli Accordi TRIPs avrebbe un ruolo decisivo nel permettere la **produzione in scala** necessaria per un **accesso equo a livello globale** ai prodotti sanitari necessari, garantendo agli attori dotati delle necessarie competenze la **certezza giuridica** di poter sviluppare e produrre *beni Covid-19* senza incorrere in pesanti sanzioni, derivanti dall'esercizio dei diritti di proprietà intellettuale da parte dello sparuto gruppo di multinazionali farmaceutiche che ad oggi detengono il **monopolio dei brevetti** su vaccini ed altri prodotti e tecnologie legate al Covid-19. **Tale monopolio è del tutto ingiustificabile. Sul piano etico**, innanzitutto, poiché **impedisce a milioni di persone**, soprattutto nei Paesi a basso reddito, **l'accesso** a farmaci, vaccini e strumenti diagnostici, e poiché sfrutta le scoperte scientifiche e tecnologiche finanziate in grande misura e con grande sforzo dal settore pubblico per l'interesse privato di pochi. Contemporaneamente, si rivela del tutto inadeguato **sul piano pratico**, poiché, ostacolando e rallentando lo sviluppo, la produzione e la diffusione di test diagnostici, dispositivi, farmaci e vaccini, mette in serio pericolo, sia nel breve che lungo termine, l'esito positivo della lotta contro la pandemia<sup>20</sup>.

Oltre a Sudafrica e India, altri 9 membri dell'Omc sono diventati co-sponsorizzatori della proposta, sulla quale **si sono espressi favorevolmente oltre 100 Paesi**. A favore della sospensione dei brevetti si è espresso anche il Direttore Generale dell'Oms Tedros Adhanom Ghebreyesus e lo scorso maggio, l'Independent Panel for Pandemic Preparedness & Response voluto dall'Assemblea Mondiale della Sanità<sup>21</sup>. Continuano invece a **contrastare la deroga** agli Accordi TRIPs vari Paesi ove operano le aziende detentrici dei brevetti, e che si sono assicurati tramite accordi bilaterali dosi di vaccino in quantità nettamente superiori a quelle necessarie per coprire le loro intere popolazioni. L'iniziale opposizione statunitense alla deroga ha lasciato il posto, nel

maggio 2021, al supporto da parte dell'amministrazione Biden alla sospensione in sede Omc dei diritti di proprietà intellettuale sui **vaccini** anti Covid-19, espresso attraverso una [dichiarazione](#) della Rappresentante per il Commercio Katherine Tai. Aperture sono arrivate anche da alcuni Paesi europei, tra cui l'Italia, la Francia, il Giappone e la Spagna, sebbene la partita sia ancora tutta da giocare. La presidente della Commissione europea Ursula von der Leyen, infatti, in occasione del Global Health Summit del 21 maggio scorso ha sostenuto con forza l'efficacia delle licenze volontarie per assicurare il trasferimento di tecnologia e *know-how*, insieme ai diritti di proprietà intellettuale e ha dichiarato

che offrirà una “terza via” al Consiglio TRIPs dell'Omc a giugno. La Dichiarazione di Roma<sup>22</sup> approvata dai leader mondiali al Global Health Summit contiene un insoddisfacente riferimento alla Dichiarazione di Doha sull'Accordo TRIPs<sup>23</sup>, come una delle opzioni da considerare nel breve termine.

#### **ACT-A, C-TAP e TRIPs Waiver messi a confronto**

Tali strumenti **sono complementari tra loro** e avvalersi di uno tra questi non preclude la possibilità di accedere agli altri, né la loro efficacia, che anzi viene rafforzata da un uso concomitante dei tre meccanismi.

## Conclusioni

L'attuale emergenza sanitaria richiede con urgenza la definizione e il rafforzamento di strategie di breve termine per accelerare lo sviluppo, la produzione e distribuzione di vaccini, strumenti diagnostici e terapeutici contro il Covid-19. Tuttavia, è importante riconoscere che la pandemia non è la grande causa della crisi in cui imperversa la sanità globale; piuttosto, questa ha portato alla luce, in modo violento e drammatico, debolezze e carenze, in termini di investimenti e scelte politiche, che caratterizzano da decenni i sistemi sanitari a livello globale. Ne consegue la necessità di avviare anche riforme di carattere più strutturale che adottino una prospettiva di medio-lungo periodo.

Tutto ciò richiede una risposta globale condivisa, una forte solidarietà internazionale, il riconoscimento della centralità dei diritti umani e il rafforzamento del processo multilaterale incentra-

to sulle Nazioni Unite e coordinato dall'Oms, per avanzare con fermezza sulla via della sostenibilità, riconoscendo il carattere trasversale delle sfide sanitarie, climatiche, assistenziali e socio-economiche. Tale visione sistemica trova un alleato prezioso nel cosiddetto “One Health Approach”, un approccio multidisciplinare che riconosce la correlazione tra salute umana, animale e ambientale e, sulla base di questa interdipendenza, vuole costruire un percorso coerente e omnicomprensivo di sostenibilità. Tale approccio è imprescindibile non solo per dare una risposta concreta all'attuale crisi, ma soprattutto per costruire un sistema solido e duraturo di prevenzione e preparazione rispetto alle crisi future, nonché per superare le logiche meramente emergenziali e realizzare gli obiettivi dell'Agenda 2030 affinché nessuna persona sia lasciata indietro.



## Note

---

- 1 <https://www.iss.it/salute-globale-e-diseguaglianze>
- 2 I [gruppi vulnerabili](#), come specificato nell'Agenda 2030, includono bambine/i, giovani, persone con disabilità, persone con l'Hiv, anziane/i, popoli indigeni, rifugiate/i, persone sfollate e migranti
- 3 Le [popolazioni chiave](#) sono definite secondo l'Oms come persone che si iniettano droghe, uomini che fanno sesso con uomini, persone transgender, operatrici/ori del sesso, persone detenute
- 4 Koplan JP, Bond TC, Merson MH, Reddy K, Rodriguez M, Sewankambo N and Wasserheit J for the Consortium of Universities for Global Health Executive Board. Towards a common definition of global health. Lancet 2009; 373 (9679):1993-5
- 5 Dati del 3 giugno 2021 - <https://covid.saude.gov.br>
- 6 Dati della Secretaria Nacional do Cadastro Único - SECAD anno 2020 - <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/acoes-e-programas/cadastro-unico>
- 7 Dati del 3 giugno 2021 - <https://covid.saude.gov.br>
- 8 Oms (marzo 2021). [What is the Access to COVID-19 Tools \(ACT\) Accelerator, how is it structured and how does it work?](#)
- 9 Ibidem
- 10 Oms (marzo 2021). [COVAX publishes first round of allocations](#)
- 11 Gavi (in costante aggiornamento). [COVAX Vaccine Roll-Out](#)
- 12 Dato Oms al 21/5/2021. Nella stessa data il gap complessivo di ACT-A era di 18.5 miliardi di dollari, <https://www.who.int/publications/m/item/access-to-covid-19-tools-tracker>
- 13 Oms (ottobre 2020). [Operationalising the COVID-19 Technology Access Pool \(C-TAP\). A Concept Paper](#)
- 14 Ibidem.
- 15 <https://www.un.org/sustainabledevelopment/health/>
- 16 Oms (giugno 2020). [Endorsements of the Solidarity Call to Action](#)
- 17 Omc. [Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights](#)
- 18 [Marrakesh Agreement Establishing the World Trade Organization](#)
- 19 Médecins Sans Frontières (novembre 2020). [India and South Africa proposal for WTO waiver from intellectual property protections for COVID-19-related medical technologies](#)
- 20 Médecins Sans Frontières (dicembre 2020). [WTO COVID-19 TRIPS waiver proposal. Myths, realities and an opportunity for governments to protect access to lifesaving medical tools in a pandemic](#)
- 21 Il Panel nelle sue raccomandazioni indica la rinuncia ai diritti di proprietà intellettuale secondo l'accordo TRIPs come un'azione da intraprendere entro tre mesi, qualora non si concordasse un trasferimento volontario di licenze e tecnologie relativamente ai vaccini Covid-19, <https://theindependentpanel.org/mainreport/>
- 22 [https://www.governo.it/sites/governo.it/files/documenti/documenti/Approfondimenti/GlobalHealthSummit/GlobalHealthSummit\\_RomeDeclaration.pdf](https://www.governo.it/sites/governo.it/files/documenti/documenti/Approfondimenti/GlobalHealthSummit/GlobalHealthSummit_RomeDeclaration.pdf)
- 23 La Dichiarazione di Doha stabilisce che l'Accordo TRIPs non deve e non può impedire agli Stati membri di prendere provvedimenti per proteggere la sanità pubblica e riafferma il diritto degli Stati ad utilizzare le flessibilità previste dall'Accordo, soffermandosi in particolare sullo strumento delle licenze obbligatorie e delle importazioni parallele. [https://www.wto.org/english/thewto\\_e/mini-st\\_e/min01\\_e/mindecl\\_trips\\_e.htm](https://www.wto.org/english/thewto_e/mini-st_e/min01_e/mindecl_trips_e.htm)

## RACCOMANDAZIONI AI LEADER DEL G20

- **Elaborare politiche** di salute globale **di lungo periodo**, per rafforzare i sistemi sanitari pubblici e di comunità, renderli efficaci e pronti a fronteggiare emergenze future, tenendo conto del principio di **solidarietà e sostenibilità sanitaria globale**, adottando l'approccio "One Health" e promuovendo la **medicina di genere** in termini di ricerca, innovazione, formazione e comunicazione. Tale rafforzamento richiede l'erogazione di finanziamenti pubblici consistenti, anche nell'ambito della cooperazione sanitaria internazionale.
- **Investire** maggiormente a livello globale nella formazione e protezione del **personale sanitario, inclusi gli operatori e le operatrici sanitarie di comunità**, che hanno un ruolo fondamentale nel garantire l'accesso ai servizi sanitari a persone e gruppi vulnerabili, **assicurando loro un'equa retribuzione**.
- **Realizzare** la **Copertura Sanitaria Universale (Uhc)** al fine di raggiungere l'Obiettivo di Sviluppo Sostenibile 3, nel rispetto degli impegni presi nell'ambito dell'Agenda 2030. Garantire la partecipazione della società civile e delle comunità a tutti i livelli del processo politico, decisionale, di attuazione e di monitoraggio nel raggiungimento della Copertura Sanitaria Universale.
- **Mettere** le **donne** e le **ragazze** in tutte le loro diversità, e per il loro ruolo di agenti di cambiamento e trasformativo, al centro delle politiche sanitarie globali, dall'elaborazione all'attuazione, per contribuire al raggiungimento dell'uguaglianza di genere.
- **Garantire** l'accesso ai servizi e i diritti per la salute sessuale e riproduttiva a donne e ragazze in tutte le loro differenze, alle donne con disabilità, migranti e rifugiate, donne indigene inclusi i servizi di pianificazione familiare, le attività di prevenzione delle malattie a trasmissione sessuale tra cui l'Hiv/Aids, di educazione e informazione sessuale, vaccinazioni Phv, programmi di Wash e di igiene mestruale.
- **Sostenere attivamente il rafforzamento dell'Oms** quale entità di coordinamento della salute globale all'interno del sistema multilaterale delle Nazioni Unite e i meccanismi sanitari multilaterali come il **Fondo Globale per la lotta all'AIDS, alla Tuberculosis e alla Malaria**, riconoscendo che l'urgenza di porre fine all'attuale pandemia non deve mettere in secondo piano altre malattie ed epidemie, tuttora presenti e che continuano a mietere numerose vittime.
- **Riconoscere strumenti diagnostici, ricerca, terapie, farmaci e vaccini** utilizzati nella lotta contro il Covid-19 e contro tutte le altre malattie ed epidemie come **beni pubblici globali**. Dare il pieno sostegno finanziario ad **ACT-A** (nei suoi tre pilastri dedicati a Diagnostica, Terapeutica e Vaccini-Covax e in quello trasversale per il rafforzamento dei sistemi sanitari) e a **C-TAP**, quali strumenti di collaborazione e condivisione per accelerare lo sviluppo dei prodotti sanitari necessari nella lotta al Covid-19.
- **Appoggiare** la proposta avanzata da India e Sudafrica in sede Omc per la **sospensione di tutti i diritti di proprietà intellettuale** relativamente a **prodotti e tecnologie** utilizzati nella lotta al Covid-19, al fine di consentirne la **produzione in scala** necessaria per soddisfare il fabbisogno globale.
- **Sostenere l'incremento dello spazio fiscale** per i governi dei Paesi più poveri, affinché possano investire in sistemi sanitari resilienti; contestualmente, promuovere la **cancellazione del loro debito** al fine di liberare maggiori risorse da impiegare per rafforzare i sistemi sanitari e reagire efficacemente alla pandemia attuale e a quelle future.