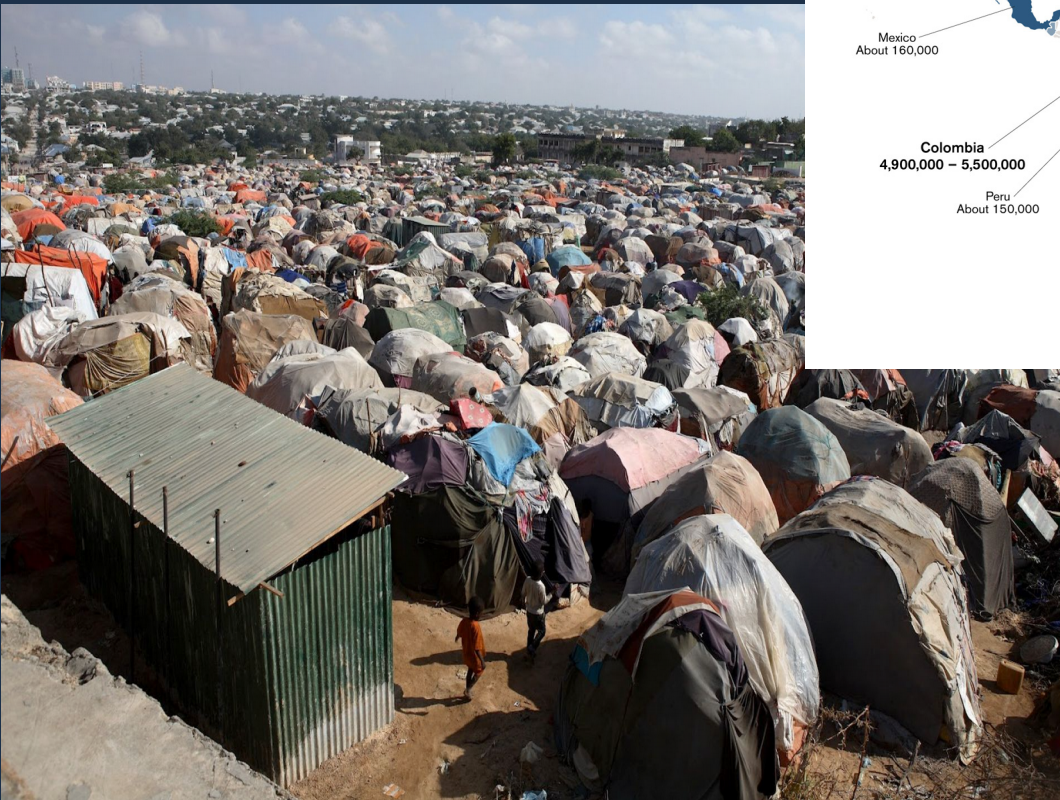
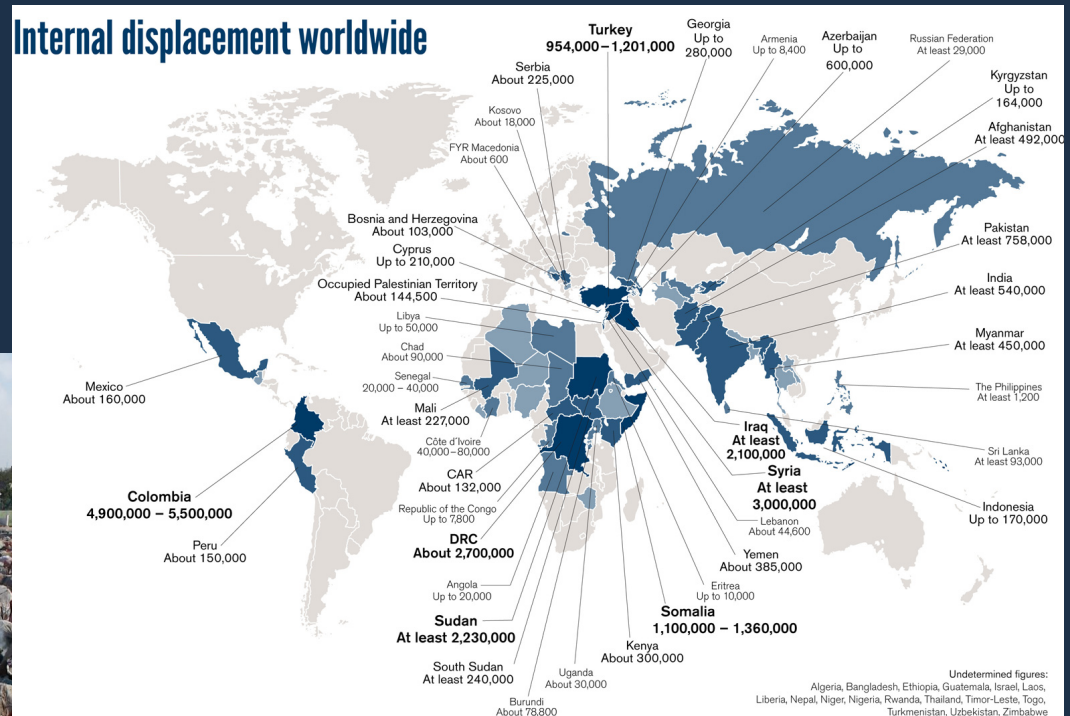


MIGRANTI e....

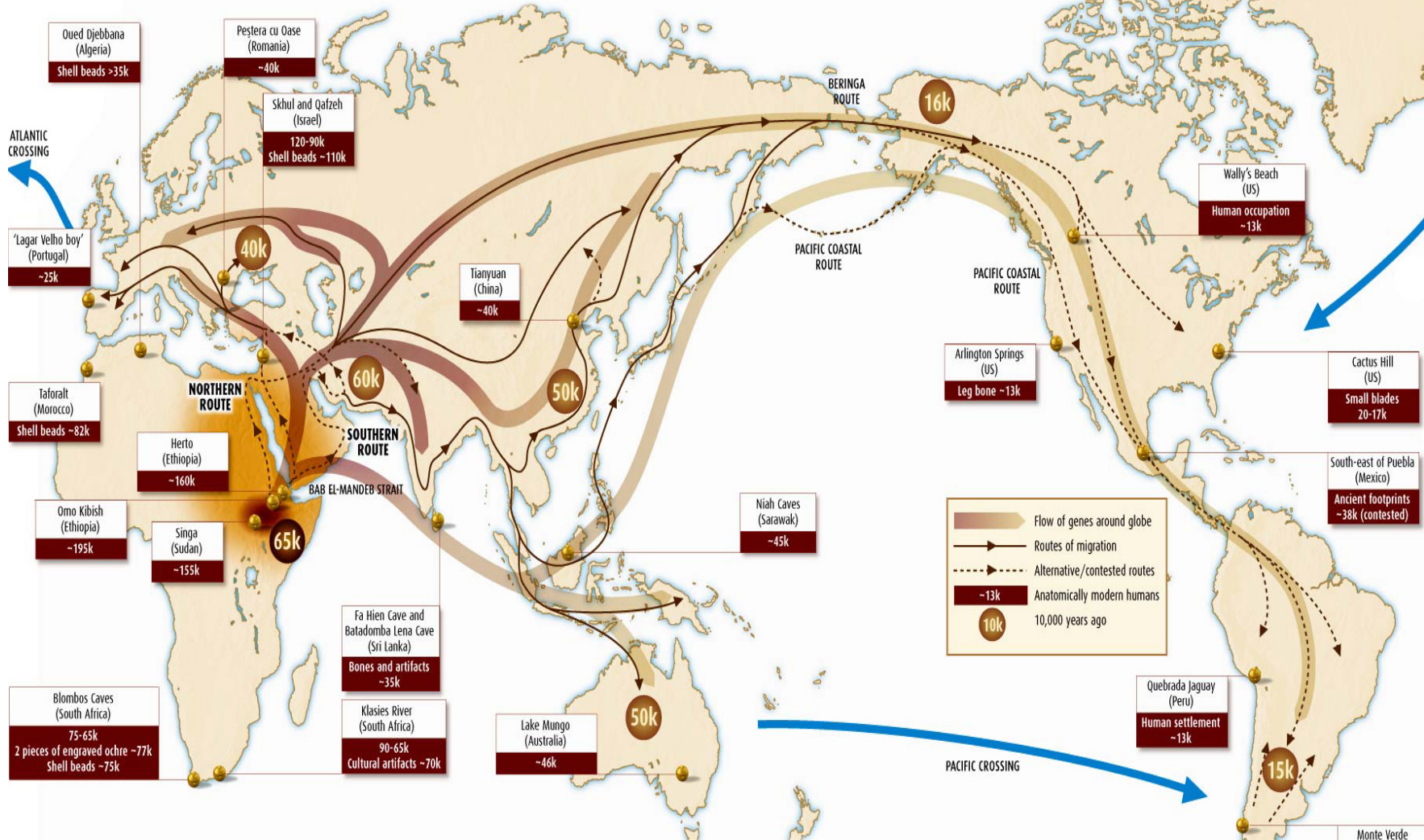


.....RIFUGIATI



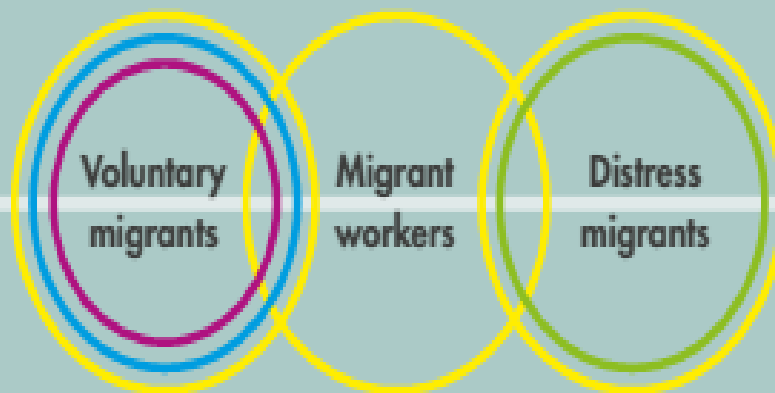
THE MIGRATION OF ANATOMICALLY MODERN HUMANS

Evidence from fossils, ancient artefacts and genetic analyses combine to tell a compelling story



HUMAN MOBILITY

MIGRANTS



Drivers:

- Education (blue square)
- Family (purple square)
- Economic motives (yellow square)
- Conflict and crises (red square)
- Natural disasters and environment (green square)

VOLUNTARY

REFUGEES



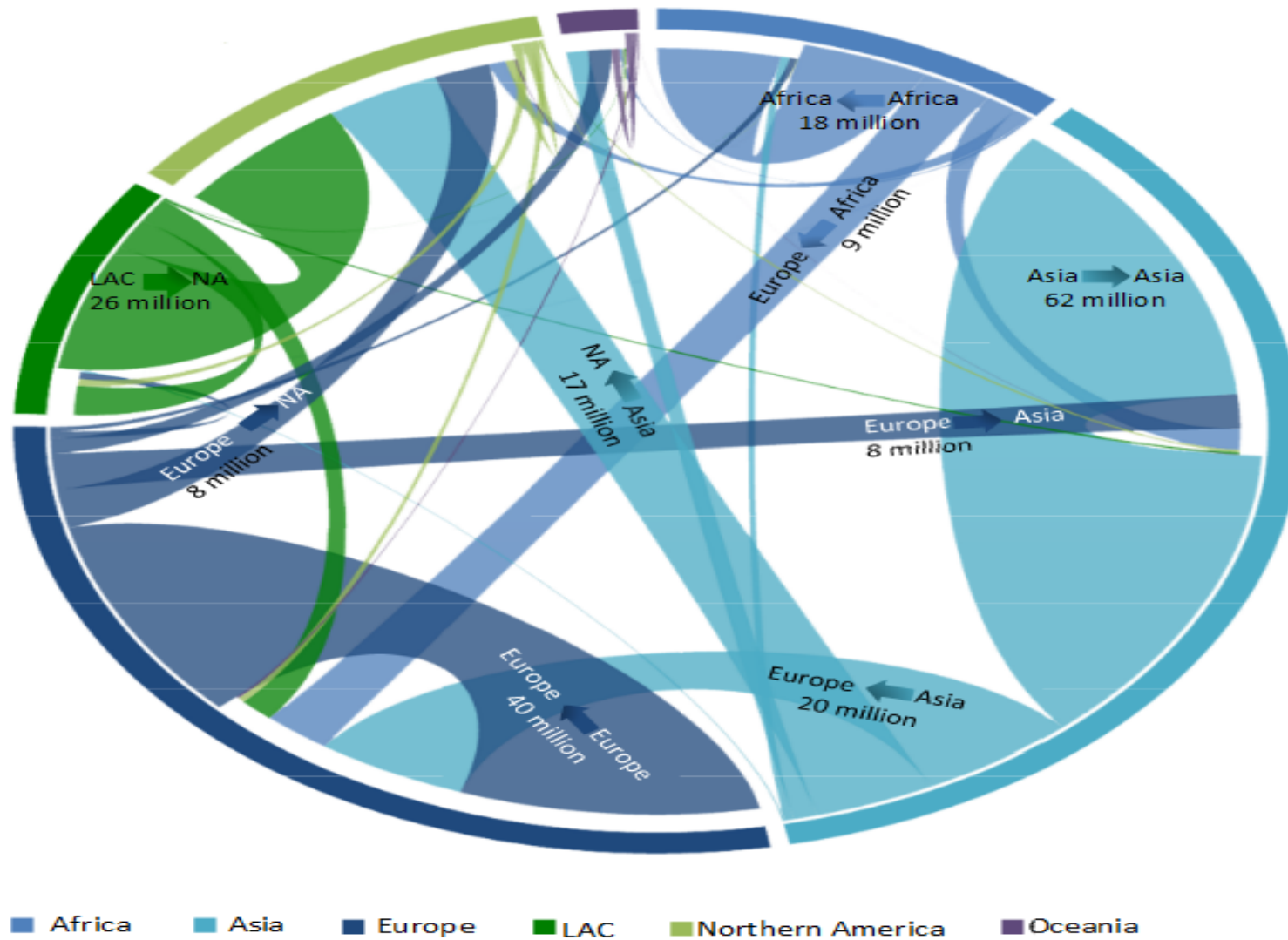
INTERNAL

INTERNATIONAL



FORCED

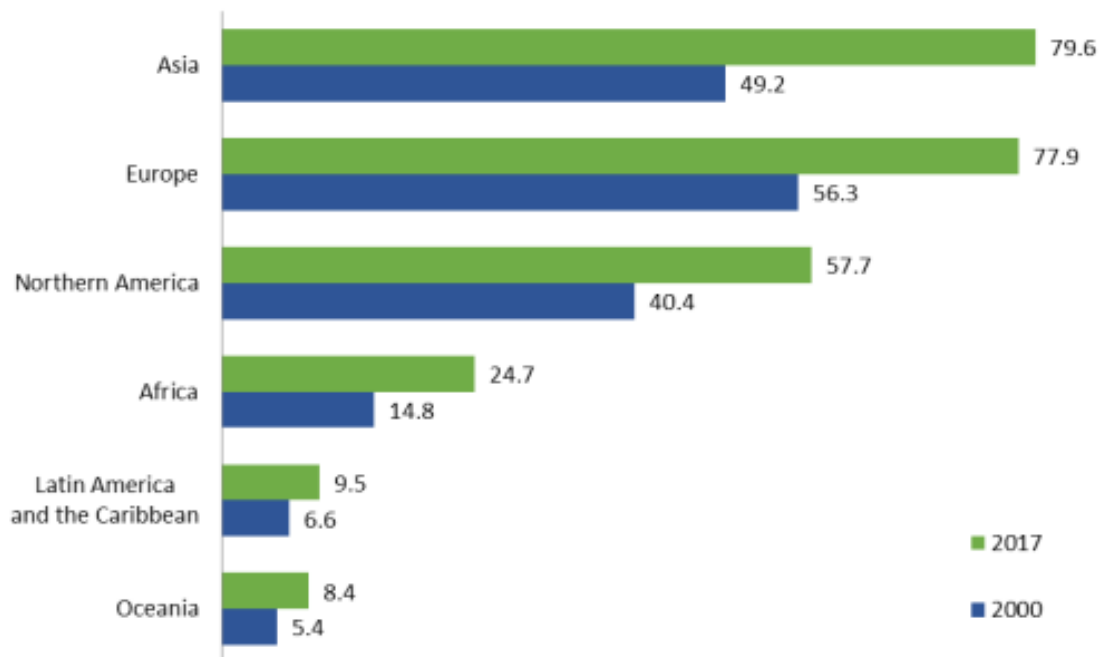
244 million living abroad worldwide (UN datasets 2015)



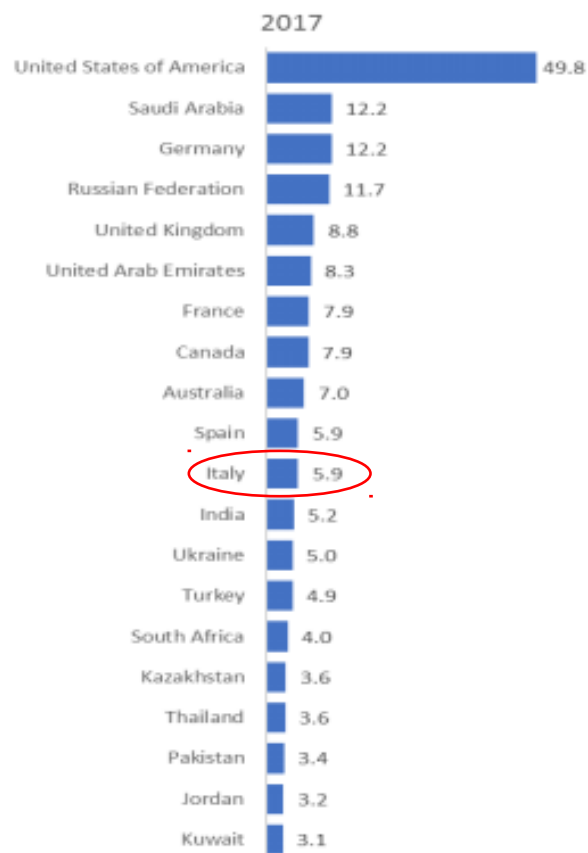
Notes: See note to figure 8. "LAC" stands for Latin America and the Caribbean and "NA" for Northern America.

Principali regioni e paesi di destinazione

Number of international migrants (millions) by region of destination, 2000 and 2017

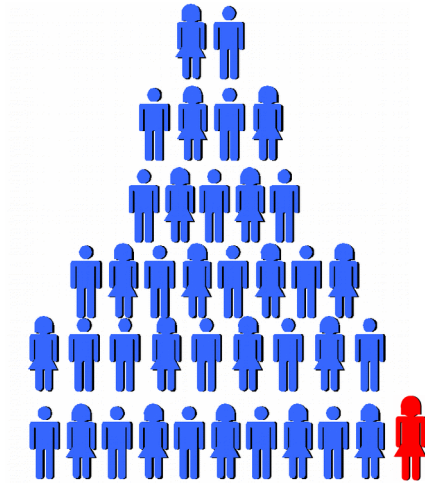


Source: United Nations (2017a)



- 🌐 L'Europa non ha più il primato per numero di presenze. L'Asia occupa il primo posto con quasi 80 milioni
- 🌐 Nell'UE, gli immigrati sono **34 milioni** (il 6,4% della popolazione) e ca 20 milioni sono extracomunitari
- 🌐 L'Italia è undicesima nella lista dei paesi che ospitano il maggiore numero di migranti (quinta in Europa)

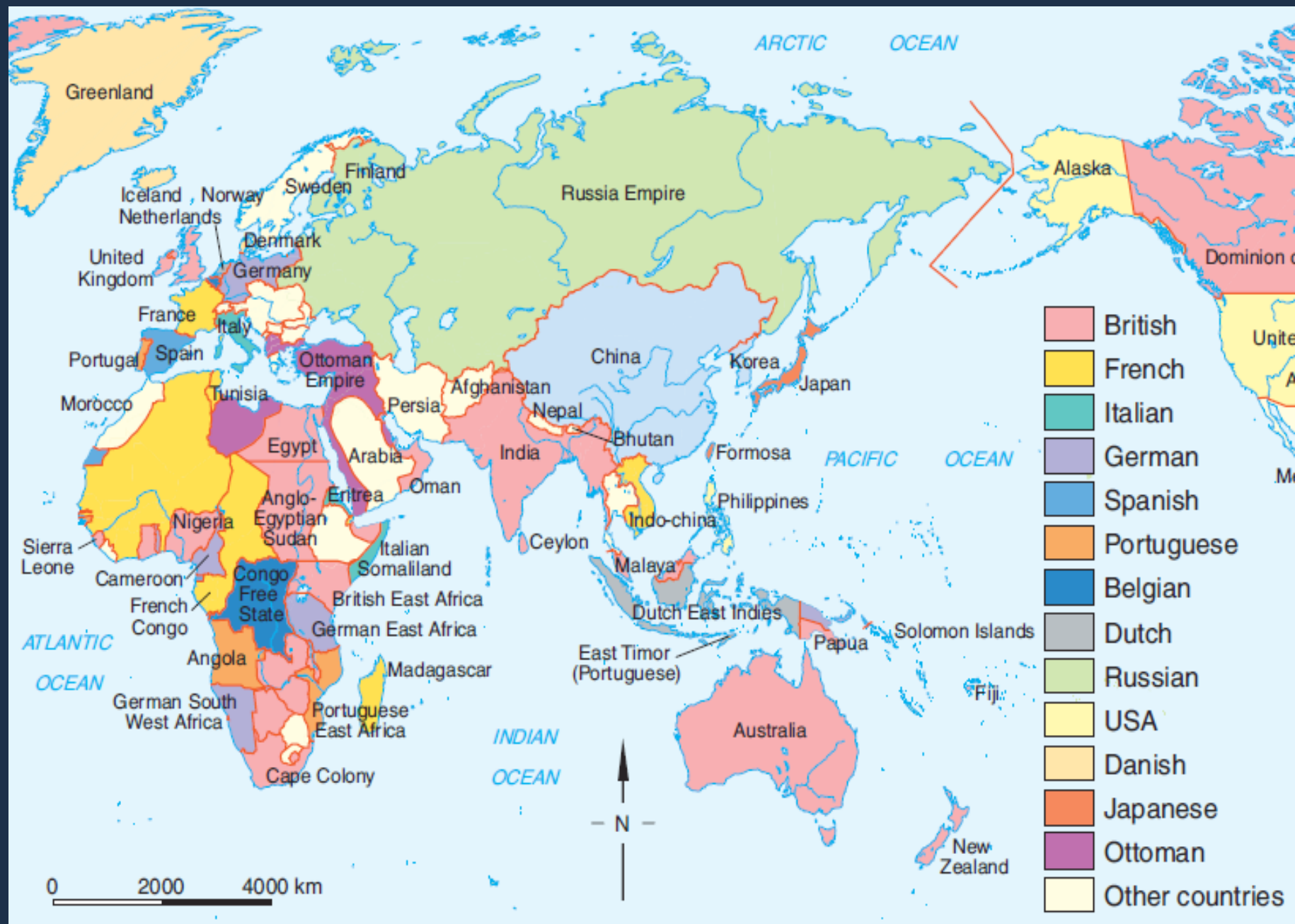
Migranti internazionali e popolazione mondiale



1. Cina
2. India
3. Indonesia
4. U.S.A
5. “Paese dei Migranti”



- 🌐 Un individuo ogni 35 persone è un migrante internazionale
- 🌐 Se riunissimo idealmente tutti i migranti in uno stesso paese, questo paese rappresenterebbe il quinto paese più popolato del mondo
- 🌐 Nel 2015, il 67% dei migranti era concentrato solo in 20 paesi





VLADIMIR I. LENIN

CHE FARE?

Seguito dagli atti delle sedute del secondo congresso del Partito operaio socialdemocratico russo (1903) e dagli scritti di V. Akinov, P. Aksefrod, A. Bogdanov, V. Lenin, L. Martov, D. Rjazanov, G. Plechanov, L. Trockij, V. Vorovski sul concetto di partito.

A cura di Vittorio Strada

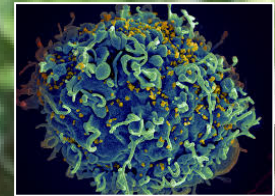
122

EMMEDI

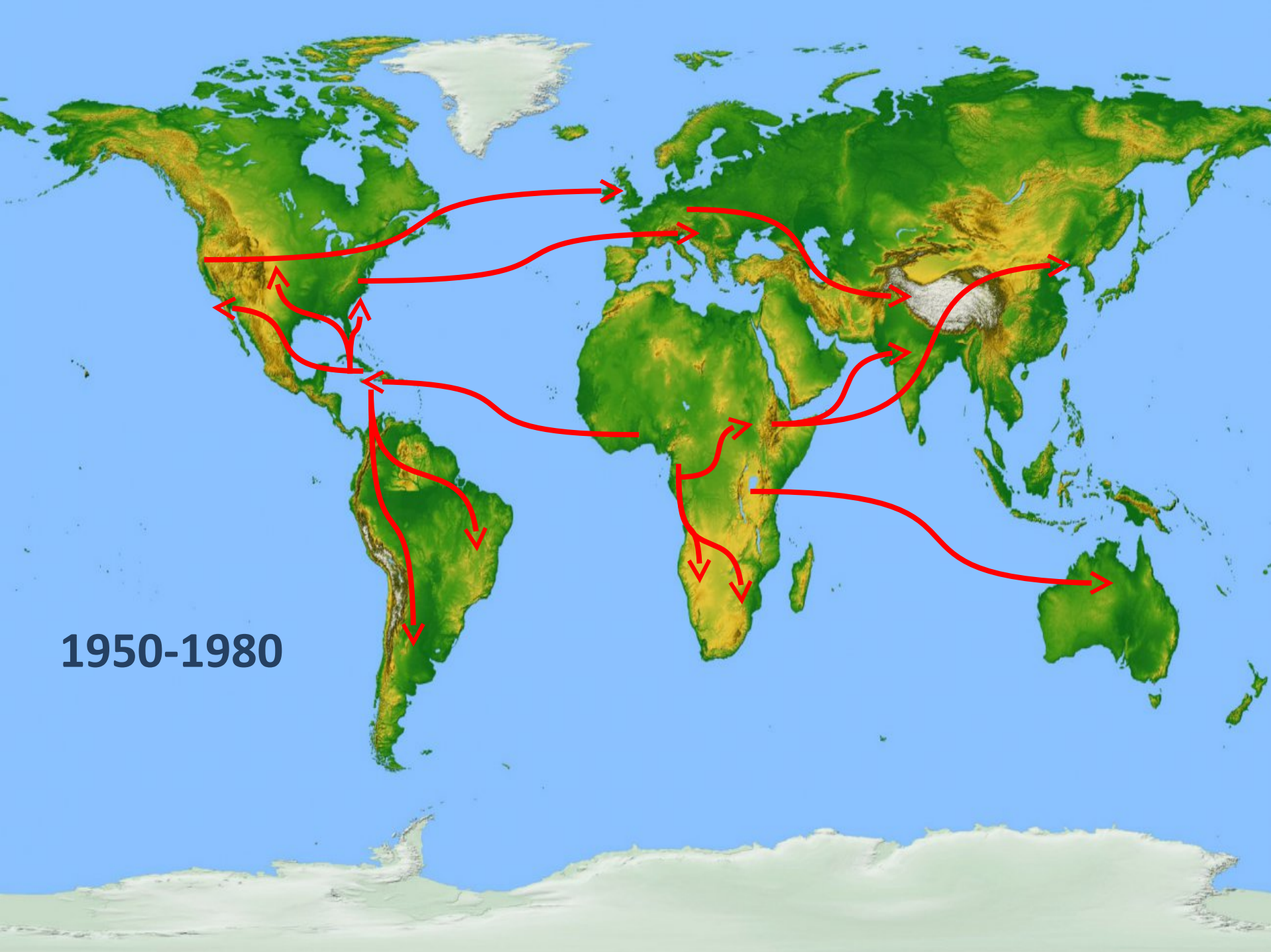


EDITORE

La risposta all'epidemia di HIV/AIDS come modello di Salute Globale

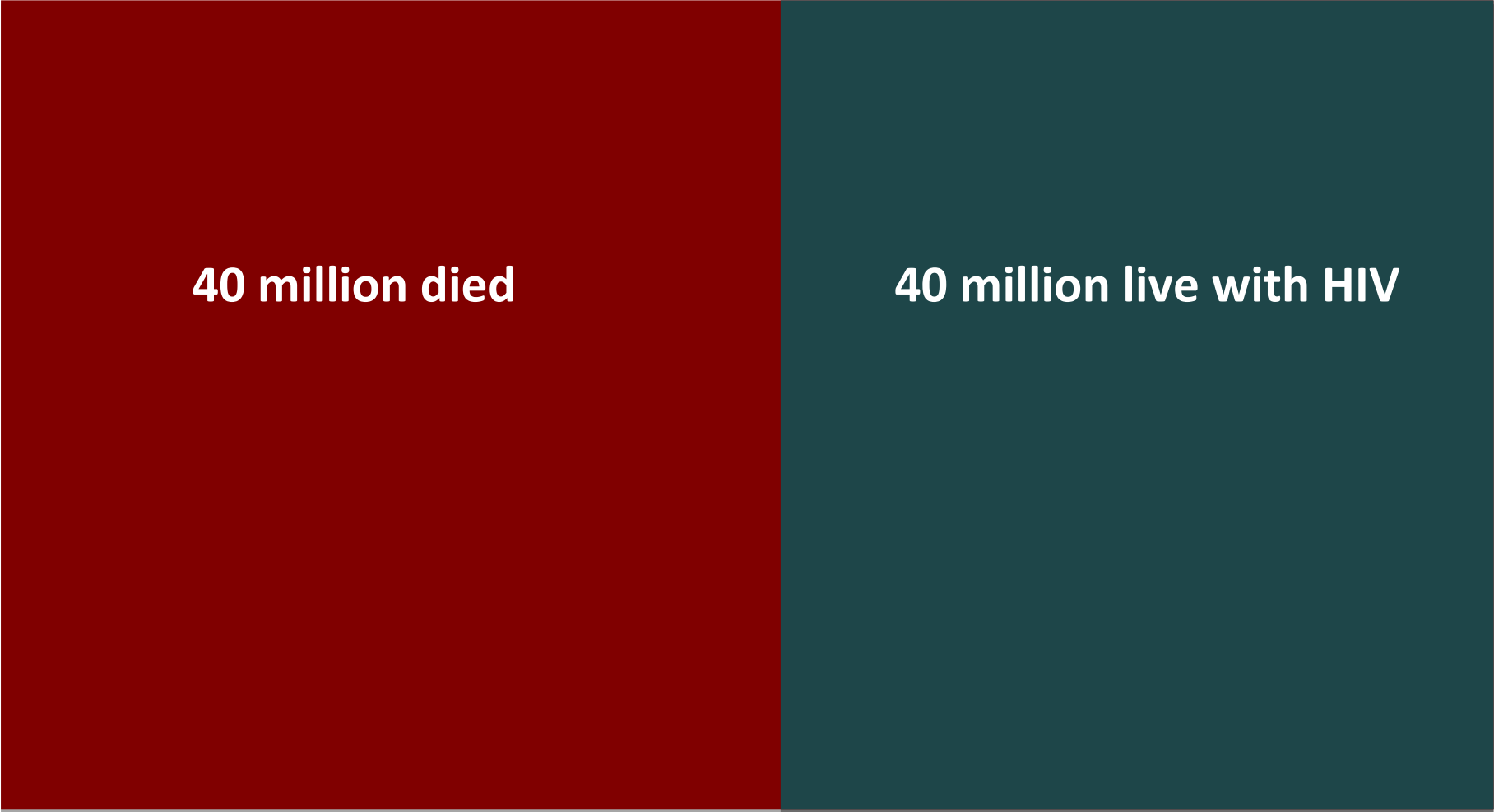


1920



1950-1980

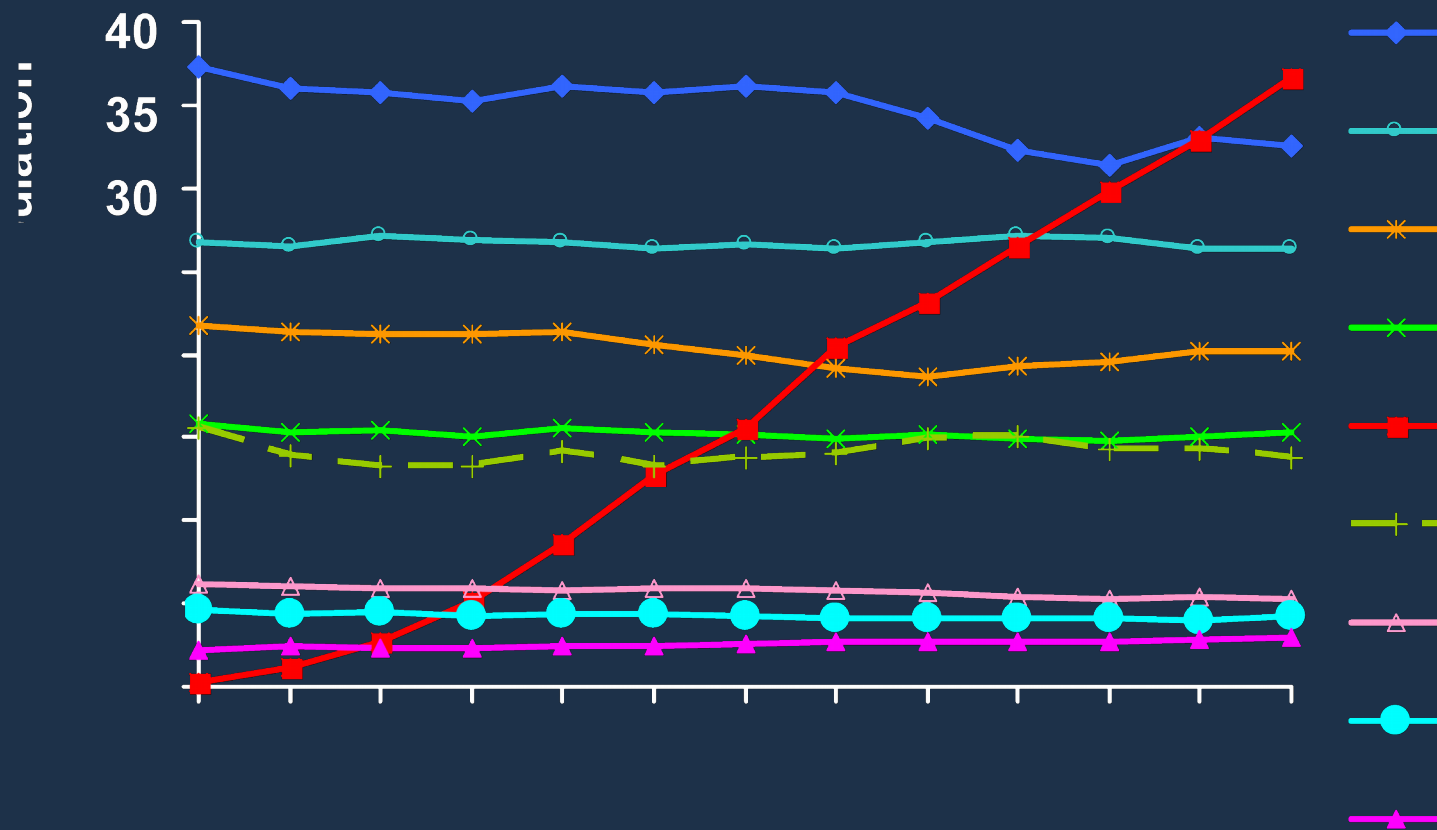
AIDS: a devastating impact in just a few years



40 million died

40 million live with HIV

Trends in Annual Rates of Death from Leading Causes of Death Among Persons 25-44 Years Old, USA



Antiretroviral Therapy for HIV Infection in 1996

Recommendations of an International Panel

Charles C. J. Carpenter, MD; Margaret A. Fischl, MD; Scott M. Hammer, MD; Martin S. Hirsch, MD; Donna M. Jacobsen, MD; David A. Katzenstein, MD; Julio S. G. Montaner, MD; Douglas D. Richman, MD; Michael S. Saag, MD; Robert T. Schooley, MD; Melanie A. Thompson, MD; Stefano Vella, MD; Patrick G. Yeni, MD; Paul A. Volberding, MD; for the International AIDS Society—USA

Objective.—To provide clinical recommendations for antiretroviral therapy for human immunodeficiency virus (HIV) disease with currently (mid 1996) available drugs. When to start therapy, what to start with, when to change, and what to change to were addressed.

Participants.—A 13-member panel representing international expertise in antiretroviral research and HIV patient care was selected by the International AIDS Society—USA.

Evidence.—Available clinical and basic science data, including phase 3 controlled trials, clinical endpoint data, virologic and immunologic endpoint data, interim analyses, studies of HIV pathophysiology, and expert opinions of panel members were considered. Recommendations were limited to drugs available in mid 1996.

Process.—For each question posed, 1 or more member(s) reviewed and presented available data. Recommendations were determined by group consensus (January 1996); revisions as warranted by new data were incorporated by group consensus (February–May 1996).

Conclusions.—Recent data on HIV pathogenesis, methods to determine plasma HIV RNA, clinical trial data, and availability of new drugs point to the need for new approaches to treatment. Therapy is recommended based on CD4⁺ cell count, plasma HIV RNA level, or clinical status. Preferred initial drug regimens include nucleoside combinations; at present protease inhibitors are probably best reserved for patients at higher progression risk. For treatment failure or drug intolerance, subsequent regimen considerations include reasons for changing therapy, available drug options, disease stage, underlying conditions, and concomitant medication(s). Therapy for primary (acute) infection, high-risk exposures to HIV, and maternal-to-fetal transmission are also addressed. Therapeutic approaches need to be updated as new data continue to emerge.

JAMA. 1996;276:146-154

From Brown University School of Medicine, Providence, RI (Dr Carpenter); the University of Miami (Fischl); Harvard Medical School, Boston, Mass (Drs Hammer and Hirsch); The International AIDS Society—USA, San Francisco, Calif (Ms Jacobsen); Stanford (Calif) University Medical Center (Dr Katzenstein); St Paul's Hospital, Vancouver, British Columbia (Dr Montaner); University of California San Diego, and San Diego Veterans Affairs Medical Center (Dr Richman); the University of Alabama at Birmingham (Dr Saag); the University of Colorado School of Medicine, Denver (Dr Schooley); AIDS Research Consortium of Atlanta (Ga) (Dr Thompson); Istituto Superiore di Sanità, Rome, Italy (Dr Vella); Hôpital Bichat-Claude Bernard, X. Bichat Medical School, Paris, France (Dr Yeni); and the University of California San Francisco (Dr Volberding).

Financial disclosures appear at the end of this article.

Reprints: International AIDS Society—USA, 353 Kearny St, San Francisco, CA 94108.

IMPORTANT ADVANCES in understanding the biology and treatment of human immunodeficiency virus (HIV) infection have occurred during the past 18 months. As a result, new scientifically sound approaches to therapy have been developed that offer new options for persons with HIV infection. The relevant recent advances fall into 4 major categories: (1) a better understanding of the replication kinetics of HIV throughout all stages of disease; (2) the development of assays to determine the viral load in individual patients; (3) the availability of several new effective drugs; and (4) the demonstration that

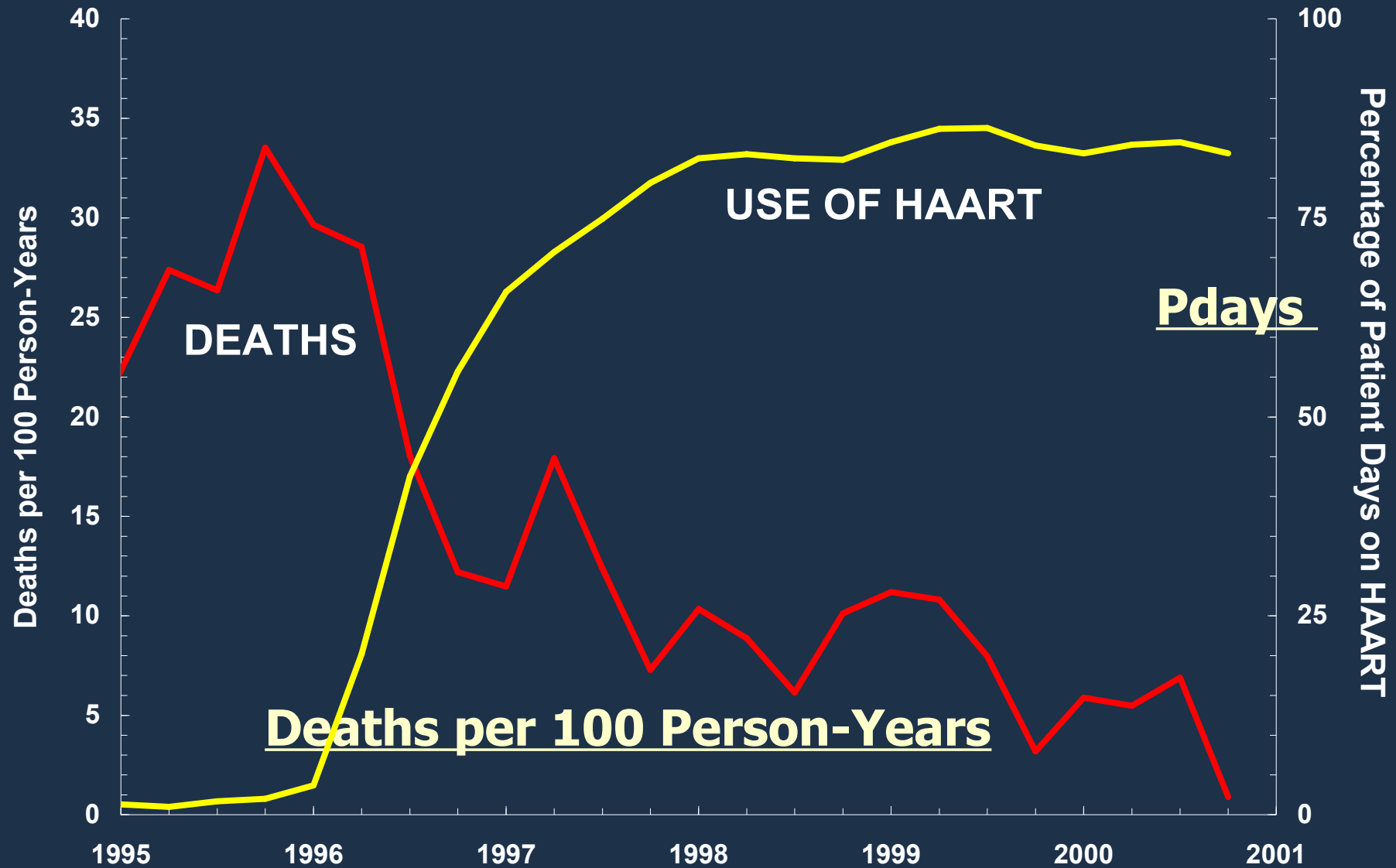
combination therapy is more effective than zidovudine monotherapy.

In light of these advances, the recommendations of earlier state-of-the-art guidelines^{1,2} are no longer applicable to clinical decision making in 1996. Therefore, an international panel of clinical investigators experienced in HIV patient care was selected and convened by the International AIDS Society—USA to develop current recommendations for the clinical management of HIV-infected individuals.

The panel addressed 4 central questions about antiretroviral therapy: when to initiate therapy, which types of drugs to use, when to change therapy, and which types of drugs to use when a change in therapy is indicated. In addition, the treatment of primary HIV infection, prevention of vertical transmission, and postexposure prophylaxis were addressed. The recommendations are not solely based on the results of controlled clinical trials with well-defined clinical endpoints. Developing clinical guidelines in the HIV field at this time requires an approach firmly anchored in data from controlled, double-blind clinical trials when available, but must also include information from trials in progress and available virologic and immunologic endpoint data, as well as extrapolations from studies of the pathophysiology of HIV infection. Clinical decisions must be made for best use of up to 8 available antiretroviral drugs, at a time when long-term studies with clinical endpoints have been completed for only a few possible combinations.

The recommendations herein reflect the panel's agreement on the importance of plasma HIV RNA measurements for predicting risk of clinical progression as well as of the recent demonstration from clinical trials of combination therapies that reductions in plasma HIV RNA

Mortality vs. HAART Utilization



Palella F et al, HOPS Study

PHARMACEUTICAL INNOVATION 1987 → 2018

FDA Approval of HIV Medicines				
'80-'84	1981 First AIDS cases reported in the United States			
'85-'89	1987 Zidovudine (NRTI)			
'90-'94	1991 Didanosine (NRTI)	1992 Zalcitabine (NRTI)	1994 Stavudine (NRTI)	
'95-'99	1995 Lamivudine (NRTI) Saquinavir (PI)	1996 Indinavir (PI) Nevirapine (NNRTI) Ritonavir (PI)	1997 Combivir (FDC) Delavirdine (NNRTI) Nelfinavir (PI)	1998 Abacavir (NRTI) Efavirenz (NNRTI)
'00-'04	2000 Didanosine EC (NRTI) Kaletra (FDC) Trizivir (FDC)	2001 Tenofovir DF (NRTI)	2003 Atazanavir (PI) Emtricitabine (NRTI) Enfuvirtide (FI) Fosamprenavir (PI)	2004 Epzicom (FDC) Truvada (FDC)
'05-'09	2005 Tipranavir (PI)	2006 Atripla (FDC) Darunavir (PI)	2007 Maraviroc (CA) Raltegravir (INSTI)	2008 Etravirine (NNRTI)
'10-'14	2011 Complera (FDC) Nevirapine XR (NNRTI) Rilpivirine (NNRTI)	2012 Stribild (FDC)	2013 Dolutegravir (INSTI)	2014 Cobicistat (PE) Elvitegravir (INSTI) Triumeq (FDC)
'15-'18	2015 Evotaz (FDC) Genvoya (FDC) Prezcoibx (FDC)	2016 Descovy (FDC) Odefsey (FDC)	2017 Juluca (FDC)	2018 Biktarvy (FDC) Cimduo (FDC) Symfi (FDC) Symfi Lo (FDC) Ibalizumab (PAI)

Drug Class Abbreviations:
CA: CCR5 Antagonist; **FDC:** Fixed-Dose Combination; **FI:** Fusion Inhibitor; **INSTI:** Integrase Inhibitor; **NNRTI:** Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor; **NRTI:** Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor; **PE:** Pharmacokinetic Enhancer; **PI:** Protease Inhibitor; **PAI:** Post-Attachment Inhibitor

Note: Drugs in gray are not available in the United States and/or are no longer recommended for use in the United States by the HHS HIV/AIDS medical practice guidelines. These drugs may still be used in fixed-dose combination formulations.

AIDSinfo

Per Stefano Vella la prospettiva di cura è in un cocktail di farmaci dai costi elevatissimi

Ma la terapia sarà solo per pochi

GIANCARLO ANGELONI

È una bella o brutta notizia quella di Robert Gallo, secondo cui «entro dieci anni si curerà l'Aids»? È un'uscita elusiva e generica, che presta il fianco ad una certa informazione disincantata, interessata solo a conoscere «date» e «linee di traguardo», oppure contiene intuizioni autentiche dello scienziato? Certo, è strano che ad ogni anno che passa, ci si debba ritrovare a fare il gioco delle scommesse: e tanto più in questo 1995 che, anche a seguito della sospensione di tutte le sperimentazioni umane dei vaccini, ha fatto agli inizi pensare al peggio. Facciamo un sano passo indietro, hanno detto alcuni. Sì, per ricominciare e capire, hanno risposto altri: così, faremo due passi in avanti. E, in effetti, se le cose nuove nascono davvero dalla crisi, il ripensamento ha funzionato. Quasi inaspettatamente, due fatti, negli studi sulla patogenesi della malattia e sul fronte della terapia, hanno riportato un po' di sereno. Ma non è ancora il ciclo verso e azzurro - avverte Stefano Vella, direttore del reparto retrovirus nel laboratorio di virologia dell'Istituto superiore di sanità - perché non si devono scambiare i risultati ottenuti, pur importanti, con la cura dell'Aids, a dieci anni e più dall'inizio della pandemia, il ruolo dell'informazione equilibrata in questo campo è ancora un problema non

risolto.

Nelle ultime settimane, Stefano Vella è stato invitato ad entrare, come uno dei tre membri per l'Europa, nell'organo di governo dello IAS, l'International Aids Society, che sovintende alle conferenze internazionali, attualmente a cadenza biennale. Lo scorso anno ha tenuto, alla conferenza internazionale sull'Aids a Yokohama, la lettura inaugurale sulle terapie. E, di recente, al Congresso europeo di Copenhagen sull'Aids, ha discusso dei risultati dello studio europeo australiano Delta, che ha impegnato, fin dal '92, lo stesso Istituto superiore di sanità, e che si è allineato a un altro «trial» molto impor-

te, l'Actg 175, condotto negli Stati Uniti dai National Institutes of Health. Ora, a distanza di un paio di mesi da quell'incontro di Copenhagen, Stefano Vella ricorda: «C'è stato un momento in sala, in cui tra i ricercatori è prevalsa l'emozione. Sì, proprio l'emozione che prova un medico quando si accorge di poter cambiare finalmente la vita del proprio paziente, di essere sulla strada giusta».

E qual è questa strada, dottor Vella?

Noi abbiamo diviso lo studio Delta in due parti: nella prima abbiamo sperimentato una terapia combinata, Azz e ddI o Azz e ddC, su pazienti mai trattati in precedenza con antiretrovirali; nella seconda abbiamo invece annullato, sem-

pie per la stessa terapia combinata, pazienti che avevano avuto un trattamento con Azz di almeno tre mesi precedente all'annullamento. Bene, sia per la progressione verso l'Aids, sia per la sopravvivenza, i risultati nel primo gruppo sono stati molto più lusinghieri che nel secondo, tanto che nei pazienti mai trattati prima attraverso la monoterapia con Azz, la riduzione di mortalità, mediante l'uso della terapia di combinazione, è stata stimata intorno al 40 per cento. Il confronto, dunque, è stato tra monoterapia e terapia di combinazione, ma il risultato vero dello studio Delta è stato quello di aver ottenuto una risposta sul «come cominciare»: occorre iniziare subito, e a dose piena, con la terapia

di combinazione, perché questa, al contrario della monoterapia, ha mostrato di poter modificare la storia naturale della malattia e ha stabilito, in un rapporto di causa ed effetto, che la replicazione del virus e la progressione della malattia sono legate tra di loro.

Ma, nella prospettiva, ci sono altre opzioni terapeutiche?

Certo. Lo studio Delta e quello americano hanno tenuto conto solo degli antiretrovirali già disponibili e non di quelli, sempre appartenenti alla famiglia dell'Azz, in via di approvazione da parte dell'Fda e delle stesse autorità europee, come il 3TC e il DdI. Senza pensare, poi, che in «trial» molto avanzati ci sono gli inibitori delle proteasi, di diversa concezione e di potenza di gran lunga superiore agli analoghi dell'Azz, e che in futuro, forse, si potrà contare su altri inibitori, come quelli dell'integrasi. La prospettiva, dunque, è quella di usare tre o quattro farmaci contemporaneamente, e poi di cambiare le combinazioni, regolamentandole, però, secondo un uso mirato e non selvaggio. Purtroppo, c'è da dire che questa prospettiva riguarderà solo il 5

per cento di coloro che nel mondo sono infetti, perché per le moltitudini dei sieropositivi, che vivono in Africa e in Asia nelle condizioni di miseria che sappiamo, i costi molto alti delle terapie di combinazione saranno semplicemente una cosa inutile.

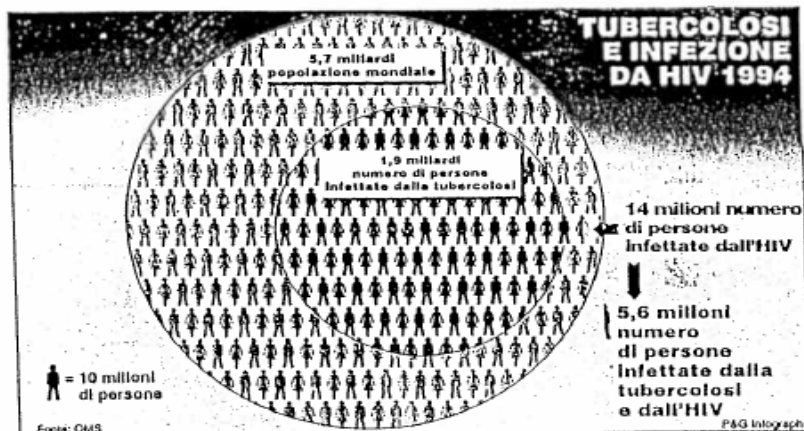
E non c'è nessun altro intervento possibile?

Alla stato dei fatti, l'unico intervento di tipo farmacologico è la prevenzione della trasmissione materno-fetale del virus, come sta cercando di verificare uno studio molto ampio, coordinato dall'OMS, in pratica, si vuol vedere se, somministrando farmaci antiretrovirali nelle fasi più vicine al parto, si riesce ad evitare la trasmissione dell'Hiv nel neonato. Il «trial» prevede una somministrazione che non superi i dieci giorni, perché questo è il limite che le responsabilità economiche pongono. Diversa sarebbe la situazione se ci fosse un vaccino?

Sì, per i suoi bassi costi. Ma, allo stato attuale, non c'è davvero molto da sperare che il problema venga risolto, perché, nel caso dell'Hiv, il sistema immunitario, pur funzionando, non è in grado di contrastare il virus con una risposta efficace. E poi, un'ulteriore complicazione è costituita dalla via di trasmissione, che è generalmente sessuale. Si dovrebbe costruire, insomma, una protezione alla porta di ingresso del virus, cioè al livello delle mucose genitali. Ciò che oggi si pensa, in realtà, è che se un vaccino ci sarà, si tratterà di un «vaccino minore», che impedirà solo la progressione dell'infezione. In questo modo si rallenterebbe il corso della malattia, ma il paziente continuerebbe ad essere infettante.

Un ultimo punto: la patogenesi. Quali conoscenze nuove hanno portato i lavori pubblicati da «Nature» nel gennaio scorso, di cui si è tanto parlato?

Hanno riconfermato l'infezione Hiv in un quadro infettivo più classico, secondo un'immagine che non è più vicina alla realtà patologica, e hanno dimostrato che non è vero che il sistema immunitario non funziona a dovere. Anzi, esso regge benissimo all'attacco del virus; e lo fa fino a quando, dopo anni, l'Hiv non riesce a sfondare le linee. Se non fosse così, la persona infetta, morirebbe entro qualche mese. In questo senso, il sistema immunitario va visto come l'alleato essenziale della terapia.



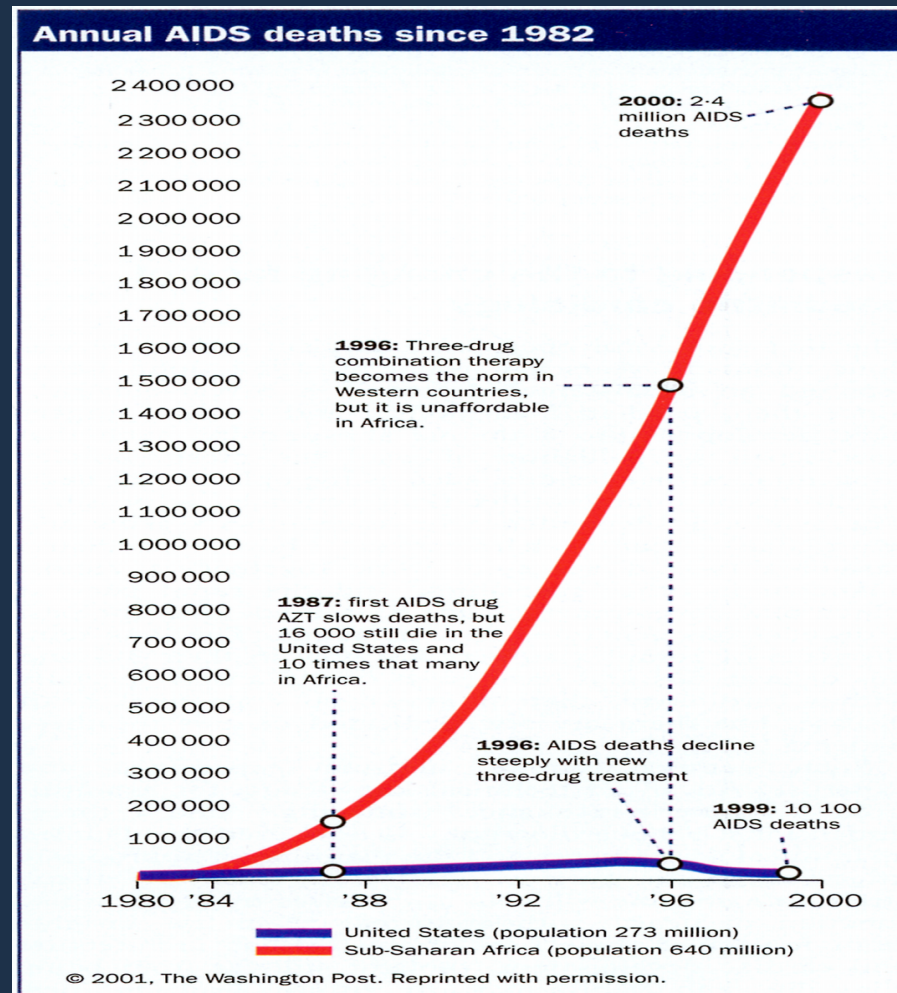
Tubercolosi più Hiv, il «doppio problema» di domani

È stata definita «the double trouble», il doppio problema. Sì, perché l'associazione «infezione da Hiv più infezione da tubercolosi» crea molti grattacapi alle autorità sanitarie. E ne creerà sempre di più. L'infezione da tubercolosi è molto diffusa: colpisce nel mondo una persona al secondo e si stima che nei prossimi dieci anni ucciderà 30 milioni di persone. Ma solo il 30% degli infettati ha il 10% di probabilità di sviluppare la malattia nel corso della vita. Il rischio però aumenta enormemente se la persona è infettata dal virus dell'Aids. In quel caso la probabilità di ammalarsi aumenta fino al 5% all'anno. E qui si presenta un circolo vizioso. Il contagio della Tbc avviene

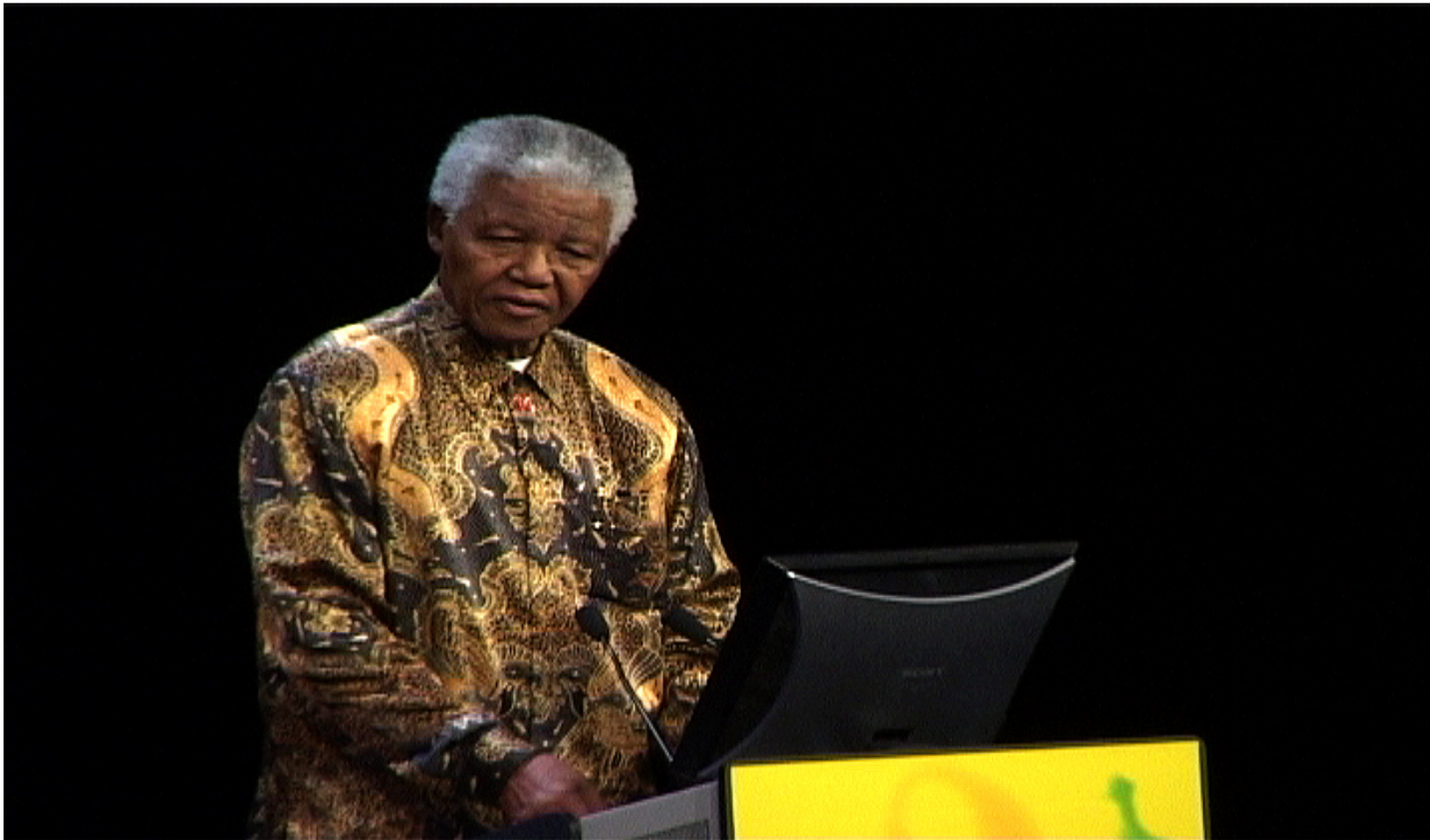
tramite una persona ammalata, questo vuol dire che un aumento del numero di malati (tra i sieropositivi) comporta un aumento della circolazione della Tbc anche nella popolazione «sana». Negli Usa si è calcolato che l'aumento di Tbc verificatosi dall'85 è dovuto per il 30% alla diffusione dell'Hiv (le altre cause sono l'aumento di povertà, quello del senza tetto e il difficile accesso alla cura dei soggetti marginali). In alcuni paesi dell'Africa i casi di tubercolosi sono addirittura raddoppiati. In Italia, secondo uno studio condotto sul nostro territorio, questo fenomeno potrebbe portare a un aumento di circa 1.000 casi l'anno.

I

YEAR 2000: difference in mortality between the rich north and the poor south



World AIDS Conference - DURBAN, 2000



Community mobilization

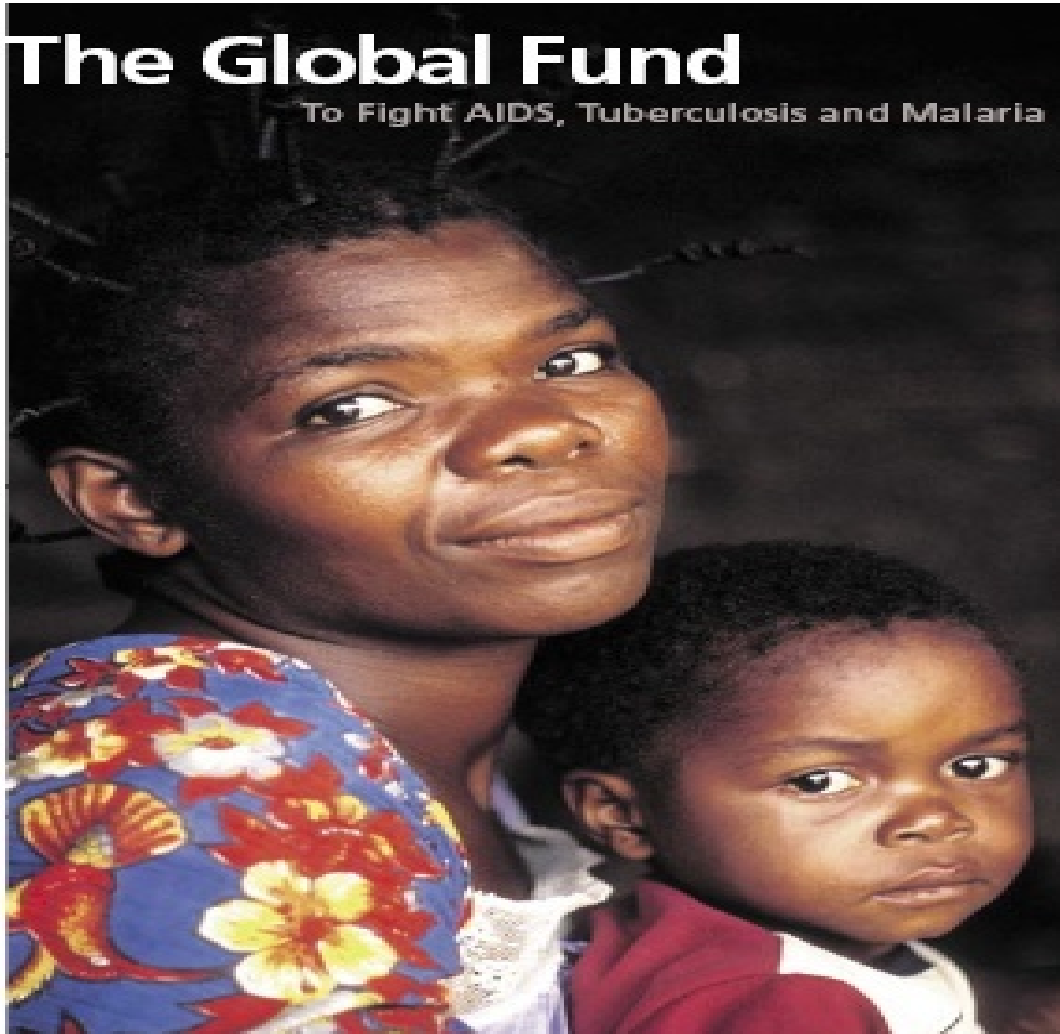


UNGASS 2001: THE GLOBAL FUND WAS BORN

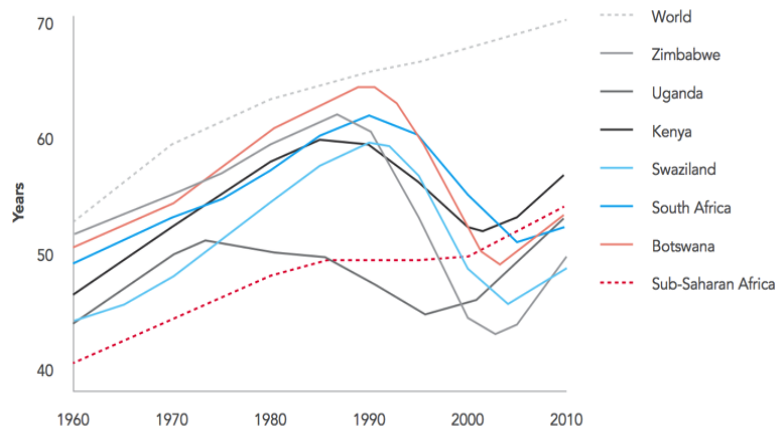
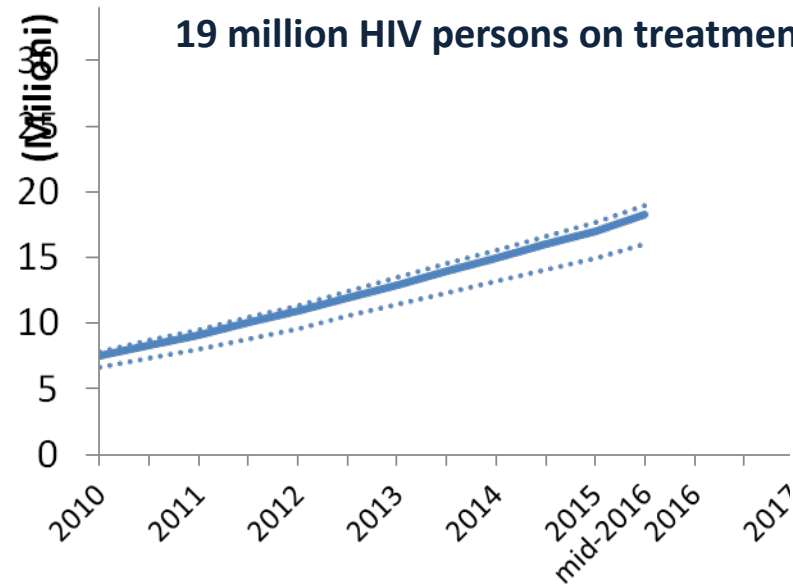


The Global Fund

To Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria

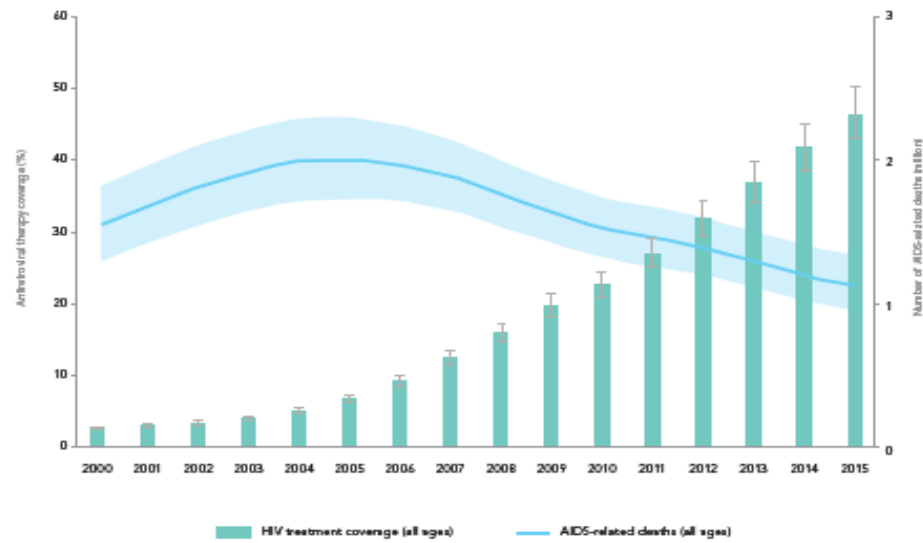


The impact



Source: World Bank life expectancy data

Antiretroviral therapy coverage and number of AIDS-related deaths, global, 2000–2015



Sources: GART 2016; UNAIDS 2016 estimates.

HEALTH CARE INNOVATION

1. Integrated models of care:

→ from HIV, to HIV + TB, to HIV + TB + HIV Co-morbidities
to HIV + TB + Co-Morbidities + **Chronic Diseases (NCDs)**

2. Differentiated Models of Care:

→ client-centered approach,
→ this model could easily also be applied to NCD care



Health care worker-managed group



Client-managed group

**WORLD TRADE
ORGANIZATION**

WT/MIN(01)/DEC/1
20 November 2001

(01-5859)

MINISTERIAL CONFERENCE
Fourth Session
Doha, 9 - 14 November 2001

MINISTERIAL DECLARATION

Adopted on 14 November 2001

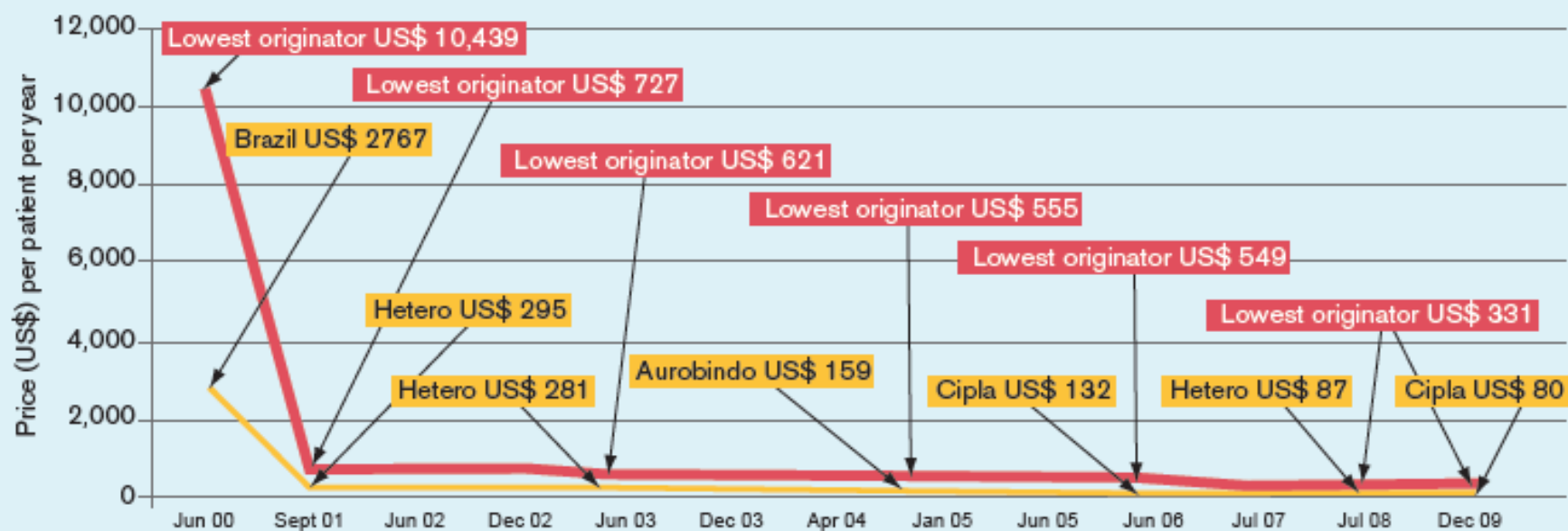
- “Each member has the right to grant compulsory licences and the freedom to determine the grounds upon which such licences are granted” and
- “to determine what constitutes a national emergency or other circumstances of extreme urgency”.
- Public health crises include “those relating to HIV/AIDS, tuberculosis, malaria and other epidemics” and “other circumstances of extreme urgency”.

DRUG PRICING INNOVATION

Box 4: Access to medicines and the Doha Declaration on TRIPS and Public Health

Measuring access to medicines is a complex task, but price is one key factor among others. The Doha Declaration on TRIPS and Public Health recognized concerns about effects on prices while noting the need for innovation. Since the Declaration was adopted in 2001, prices for many treatments have fallen significantly, in part due to generic competition and tiered pricing schemes (see graph below). Surveys also show a marked increase in the use of TRIPS flexibilities to promote access to medicines.

Falling prices of first-line combinations of some first-line anti-retroviral therapies for HIV-AIDS since 2000



Source: Extract from MSF, *Untangling the Web of Price Reductions*, January 2010 at <http://www.msfiaccess.org>.

THE LANCET

Global Health

ADVANCING GLOBAL HEALTH AND STRENGTHENING THE HIV RESPONSE IN THE SDG ERA

REPORT OF THE INTERNATIONAL AIDS SOCIETY—LANCET COMMISSION ON THE FUTURE
OF GLOBAL HEALTH AND THE HIV RESPONSE

DRAFT 3.0

Bekker LG^{1,2}, Alleyne G,³ Baral SD⁴, Cepeda J⁵, Daskalakis D⁶, Dowdy D⁷, Dybul M⁸, Eholie S⁹, Esom K¹⁰, Garnett G¹¹, Grimsrud A¹, Hakim J¹², Havlir D¹³, Isbell MT¹, Johnson L¹⁴, Kamarulazaman A¹⁵, Kasaie P¹⁶, Kazatchkine M¹⁷, Kilonzo N¹⁸, Klag M^{7,19}, Klein M²⁰, Lewin S²¹, Luo C²², Makofane K²³, Martin N⁵, Mayer K²⁴, Millett G²⁵, Ntusi N²⁶, Pace L²⁷, Pike C², Piot P²⁸, Pozniak A²⁹, Quinn TC^{31,38}, Rockstroh J³², Ratevosian J⁷, Ryan O¹, Sippel S³³, Spire B³⁴, Soucat A³⁵, Starrs A³⁶, Strathdee S³⁷, Thomson N³⁸, Vella S³⁹, Schechter M⁴⁰, Vickerman P⁴¹, Weir B¹⁶, Beyrer C^{1,42}.



VLADIMIR I. LENIN

CHE FARE?

Seguito degli atti delle sedute del secondo congresso del Partito operaio socialdemocratico russo (1903) e degli scritti di V. Akinov, P. Aksel'rod, A. Bogdanov, V. Lenin, L. Martov, D. Rjazanov, G. Plechanov, L. Trockij, V. Vorovskij sul concetto di partito.

A cura di Vittorio Strada

122

EMME



EDITORE

L'agenda 2030: gli obiettivi per un mondo migliore

SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS



3 GOOD HEALTH AND WELL-BEING



The «interlinkage» between health and other SDGs



SDG 3 - TARGETS

TARGET 3-1



REDUCE MATERNAL MORTALITY

TARGET 3-2



END ALL PREVENTABLE DEATHS UNDER 5 YEARS OF AGE

TARGET 3-3



FIGHT COMMUNICABLE DISEASES

TARGET 3-4



REDUCE MORTALITY FROM NON-COMMUNICABLE DISEASES AND PROMOTE MENTAL HEALTH

TARGET 3-5



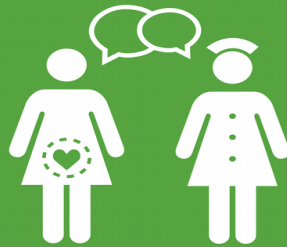
PREVENT AND TREAT SUBSTANCE ABUSE

TARGET 3-6



REDUCE ROAD INJURIES AND DEATHS

TARGET 3-7



UNIVERSAL ACCESS TO SEXUAL AND REPRODUCTIVE CARE, FAMILY PLANNING AND EDUCATION

TARGET 3-C



INCREASE HEALTH FINANCING AND SUPPORT HEALTH WORKFORCE IN DEVELOPING COUNTRIES

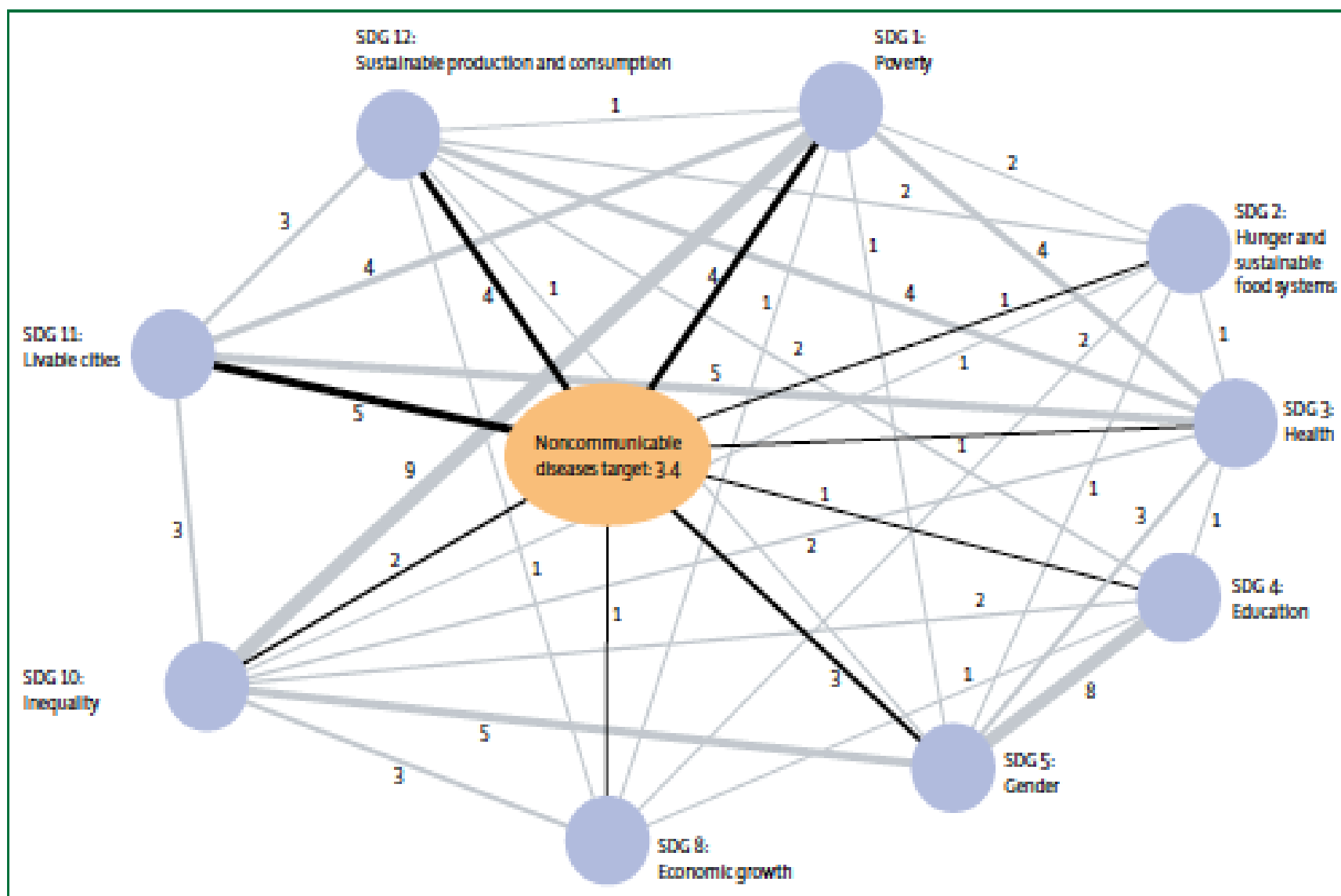


Figure 2: Links between nine SDGs and NCD target 3.4

The black lines connecting the SDGs show the strength of relationships between SDGs, based on a count of common keywords in each SDG target and indicator.

SDG-Sustainable Development Goal. NCD-non-communicable diseases. Adapted from LeBlanc 2015.⁸



- **500 million people worldwide lack health care including access to essential medicines, vaccines, diagnostics, medical devices, and health technologies that prevent and treat diseases**
- **Where innovation exists, access is often hindered by economic constraints, which leads to needless deaths or pushes entire families into poverty simply for accessing the health services they need.**

Access to medicines: lessons from the HIV response

Just two decades ago, HIV/AIDS treatments were prohibitively expensive and accessible in only a few affluent countries. But remarkable reductions in costs have enabled treatment expansion that has reduced mortality and transmission. Today, first-line HIV drugs cost less than US\$100 per person per year, a 99% reduction from more than \$10 000 in 2000. The number of people receiving HIV treatment doubled in just 5 years, from 9 million in 2011 to more than 18 million today.¹

In a world facing growing inequalities, the HIV response has lessons for low and middle-income countries (LMIC)—but also for high-income countries—on access to care and treatment for communicable diseases and for non-communicable chronic diseases, a global pandemic that dwarfs the HIV epidemic in scale.²

The transformative power of the HIV response was underpinned by moral rather than technical arguments. A unique coalition of activists, scientists, celebrities, and religious and community leaders from all over the world argued that no one should be denied life-saving treatment because of area of residence or income. The moral imperative was operationalised by activism for more urgent drug discovery, regulatory approval, and voluntary and compulsory licensing, followed by shifts towards large-scale generic production. Economies of scale underpinned a drive towards more efficient, cheaper production, and drove prices down. Major donors such as the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis, and Malaria and the US President's Emergency Plan for AIDS Relief bought generic drugs. The Clinton Health Access Initiative negotiated price-volume discounts



STIMULATING INNOVATION
EXPANDING ACCESS
IMPROVING HEALTH

The Medicines Patent Pool is working to bring down the prices of HIV drugs and encourage the development of desperately needed new formulations, such as medicines for children. The Pool does this through voluntary licensing of critical intellectual property — making patents work for public health, while giving pharmaceutical innovators compensation for their work.

Cost Considerations and Antiretroviral Therapy

Last Updated: October 17, 2017; Last Reviewed: October 17, 2017

Coformulated Combination Products as Single Tablet Regimens				
Dolutegravir/Abacavir/Lamivudine • Triumeq	50/600/300 mg tablet	1 tablet daily	30 tablets	\$3,118.62
Efavirenz/Tenofovir Disoproxil Fumarate/Emtricitabine • Atripla	600/300/200 mg tablet	1 tablet daily	30 tablets	\$3,057.89
Elvitegravir/Cobicistat/Tenofovir Alafenamide/Emtricitabine • Genvoya	150/150/10/200 mg tablet	1 tablet daily	30 tablets	\$3,306.92

- The first low-price, single-pill antiretroviral treatment is likely to be made available in 90 LMIC (low and middle income) countries thanks to a breakthrough costing agreement for HIV drugs.
- The regimen which contains DTG (dolutegravir) could become extensively available in LMIC countries for about a tenth of the current price – around US \$75 per person per year.
- The deal came about due to collaborative efforts between national governments, UN agencies, NGOs, and pharmaceutical manufacturers.

Public-Private Partnerships and Product Development Partnerships (PDPs)

Sharing the resources and strengths of the private and public sectors can accelerate innovation and allow investments to be made in health technologies that may lack a clear market incentive.



TARGET

3-8



**ACHIEVE UNIVERSAL
HEALTH COVERAGE**

UNIVERSAL HEALTH COVERAGE: EVERYONE, EVERYWHERE



Universal Health Coverage (UHC)
means that **ALL PEOPLE** can obtain the quality health
services they need without suffering financial hardship.



VLADIMIR I. LENIN

CHE FARE?

Seguito degli atti delle sedute del secondo congresso del Partito operaio socialdemocratico russo (1903) e degli scritti di V. Akinov, P. Aksel'rod, A. Bogdanov, V. Lenin, L. Martov, D. Rjazanov, G. Plechanov, L. Trockij, V. Vorovskij sul concetto di partito.

A cura di Vittorio Strada

122

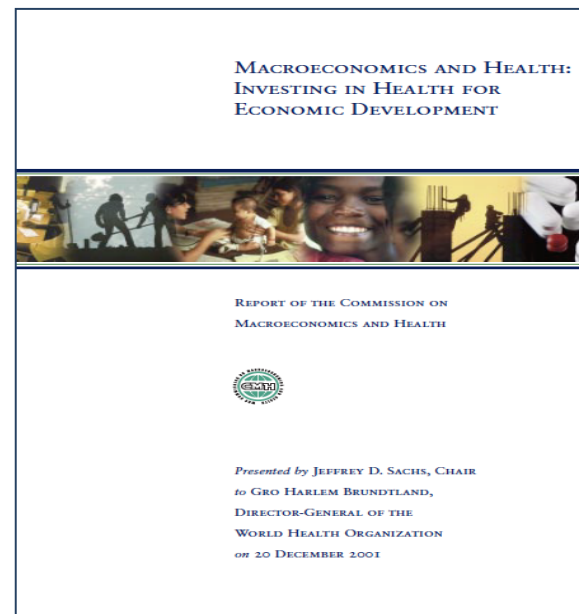
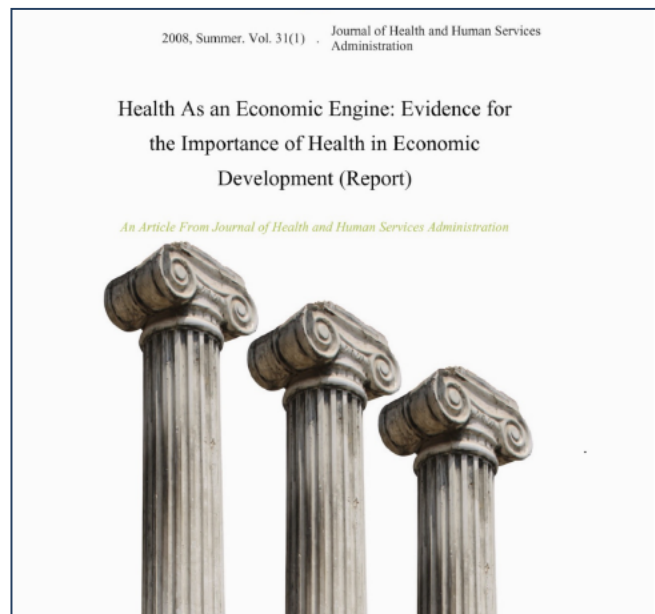
EMAUDE



EDITORE

Spiegare (ai potenti del mondo) che in un mondo globale, interconnesso e sempre più "piccolo", occuparsi della salute anche di chi è più lontano significa curare e prevenire le malattie di chi ti sta accanto (e delle future generazioni).

Far comprendere (ai Paesi ricchi, ma anche ai Paesi con scarse risorse) che la salute non è soltanto un diritto fondamentale di ogni uomo che viva su questa terra, ma è **motore di sviluppo** e strumento di pace.



Investire in salute è costo-efficace

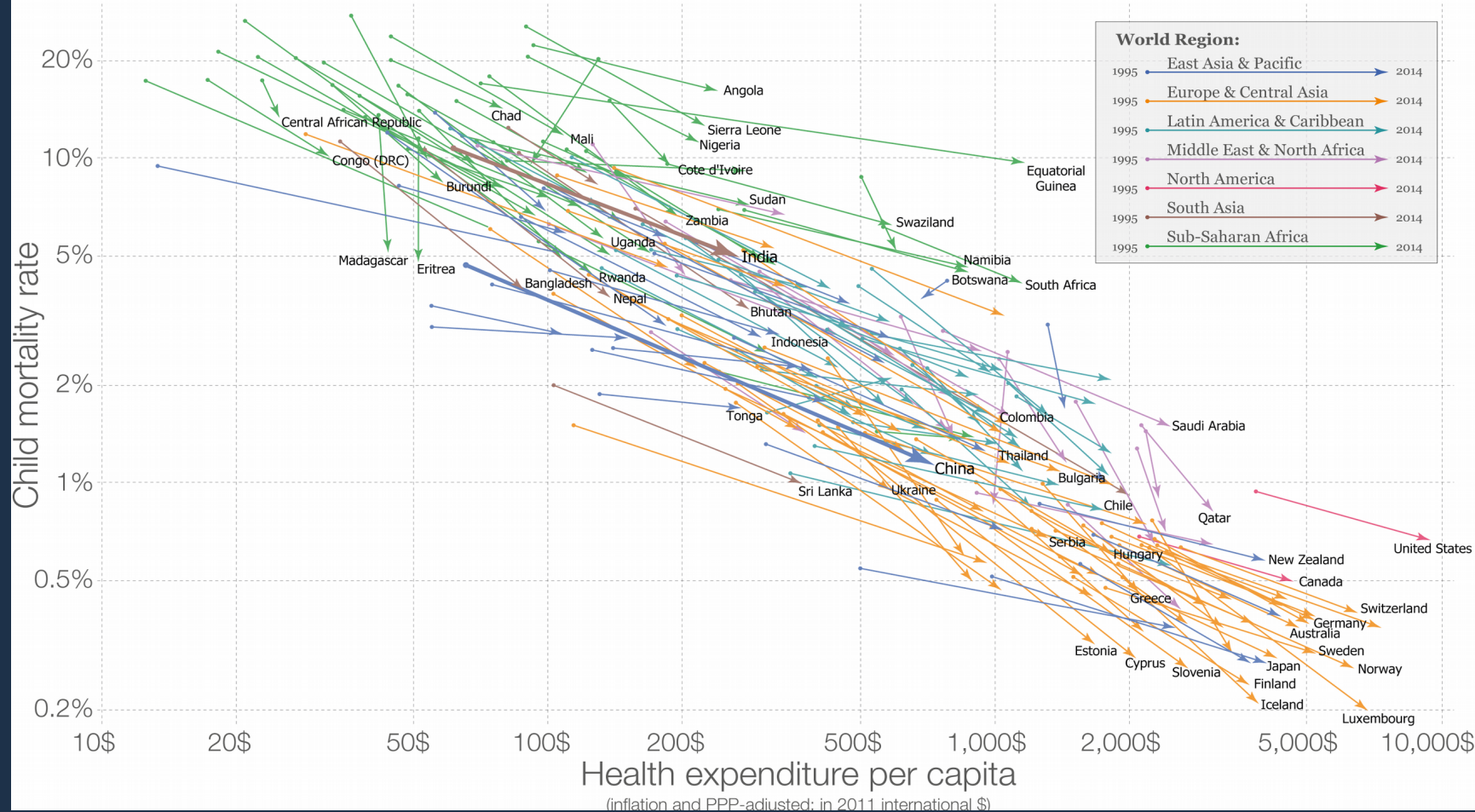
Fewer children die as more money is spent on health

The arrows show the change for all countries in the world, from 1995 (earliest available data) to 2014 (latest available data). [Not all countries are labelled]

Our World
in Data

– Child mortality is the share of children that die before their 5th birthday.

– Total health expenditure is the sum of public and private health expenditures. It covers the provision of health services (preventive and curative), family planning activities, nutrition activities, and emergency aid designated for health but does not include provision of water and sanitation.



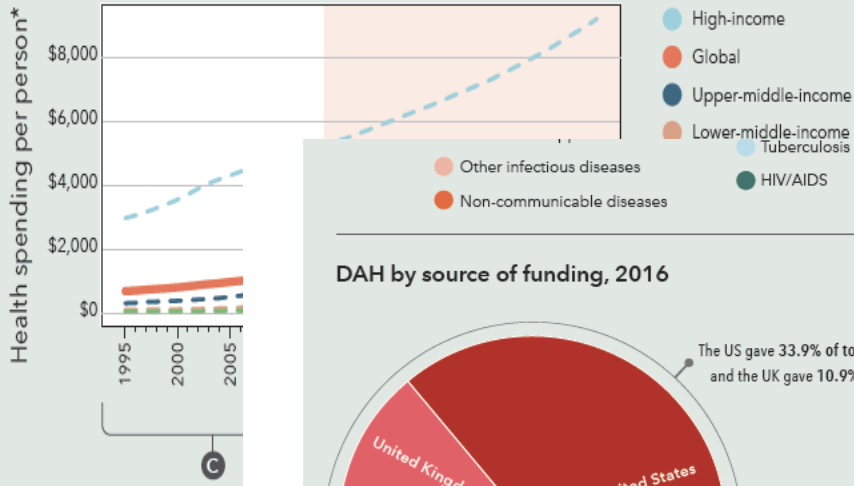
THE CHALLENGE OF FINANCING GLOBAL HEALTH:

COMPETING WITH EMERGING NEW PRIORITIES

- ✓ *financial crisis,*
- ✓ *conflicts,*
- ✓ *migration,*
- ✓ *terrorism and security,*
- ✓ *climate change,*
- ✓ *natural and human-made disasters*

There are large disparities in the financial resources for health available around the globe

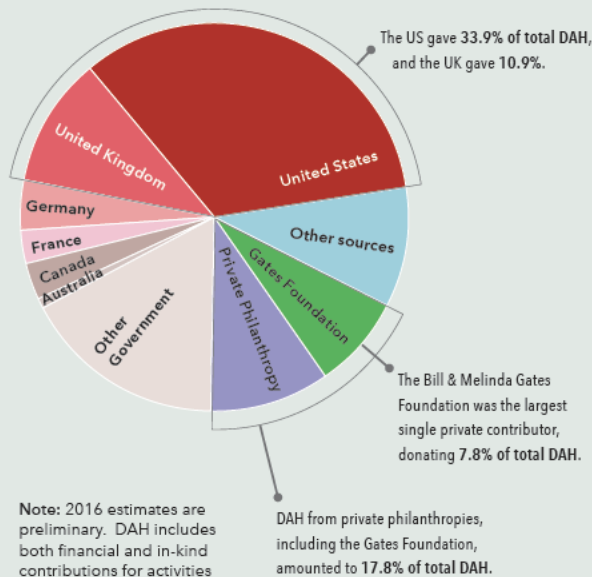
Health spending and projected increases by World Bank income group, 1995-2040



C Over the past 20 years, the difference in health spending per person in high-income countries and other countries has been immense.

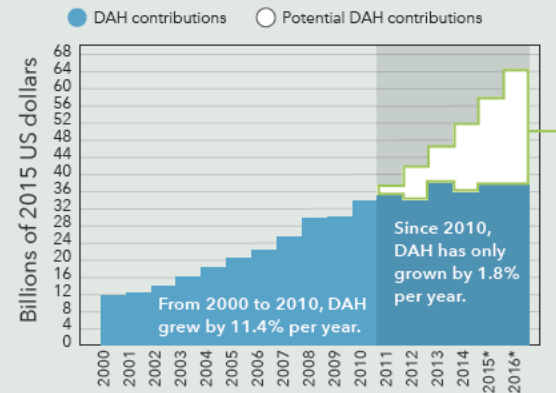
NOTE: Health assistance for which we have no health focus area information is designated as "unidentified." "Other" captures DAH for which we have project-level information but which is not identified as funding any of the health focus areas tracked.

DAH by source of funding, 2016



Note: 2016 estimates are preliminary. DAH includes both financial and in-kind contributions for activities aimed at improving health in low- and middle-income countries.

Total DAH, 2000-2016, observed versus potential



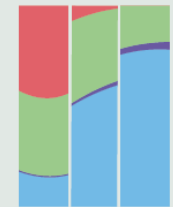
If the 11.4% growth rate in DAH from 2000 to 2010 had continued from 2010 and 2016, an additional \$82 billion would have been devoted to improving health, over the last six years.

*2015 and 2016 are preliminary estimates.

Note: Continued growth scenario for DAH is modeled from 2011 to 2016, as based on the average annual percent increase from 2000 to 2010. The difference between DAH disbursed and DAH with continued growth is captured by the white boxes and the funding levels reported therein.

paid private spending

Out-of-pocket spending is a large portion of health spending at both low and middle development levels, and can deter access to health care, leading to catastrophic health expenditures.



Source: <http://bit.ly/fgh2016>



IHME

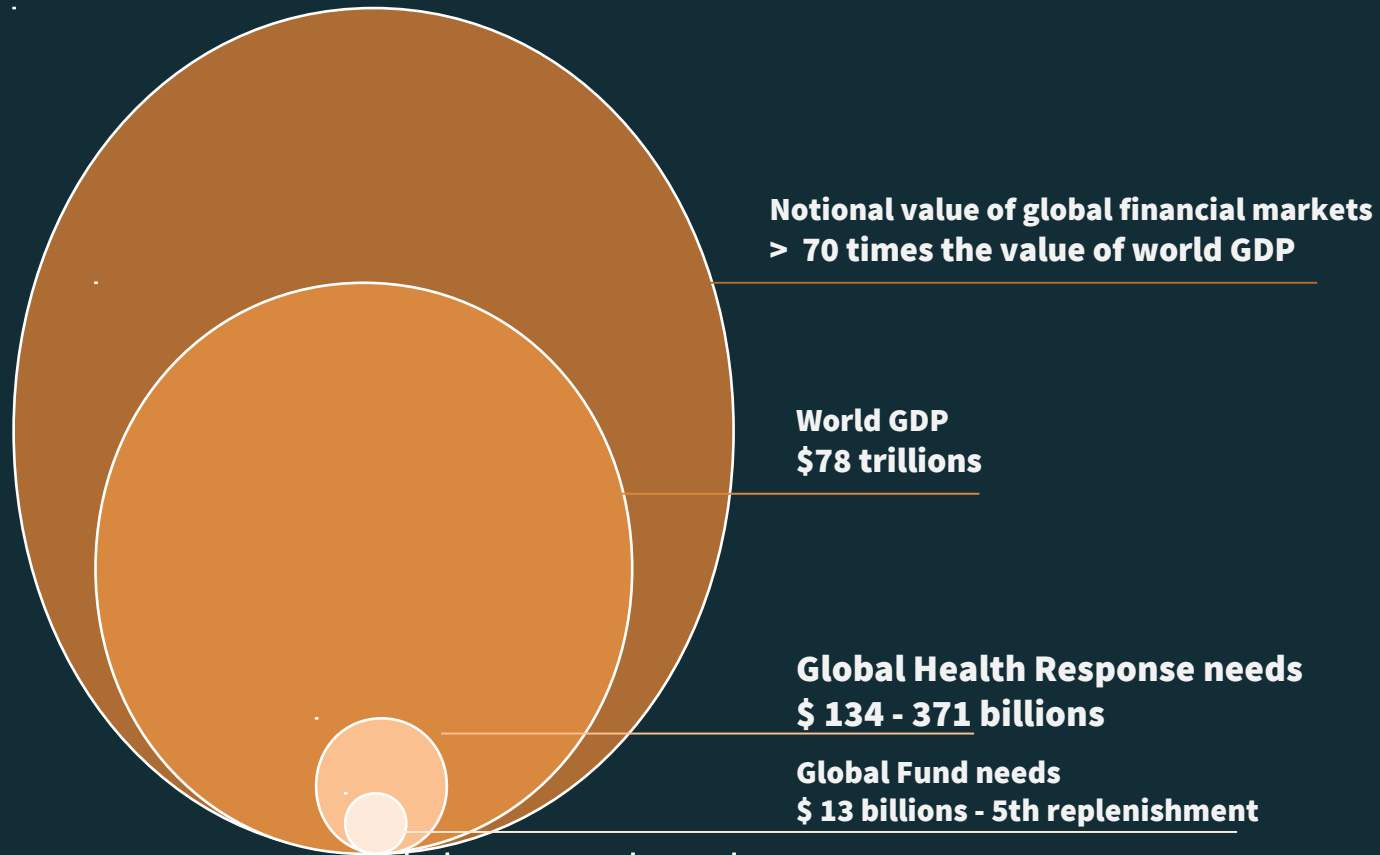
W UNIVERSITY of WASHINGTON

A At low levels of economic development, countries tend to rely on DAH and out-of-pocket financing for health, but DAH drops off quickly as countries develop.

B As countries develop, they replace DAH with domestic spending, but when governments lack the capacity to increase health spending, much is left to be financed out-of-pocket.

C High-income countries tend to finance health care using government spending and prepaid private insurance schemes.

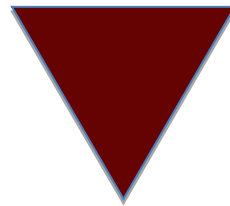
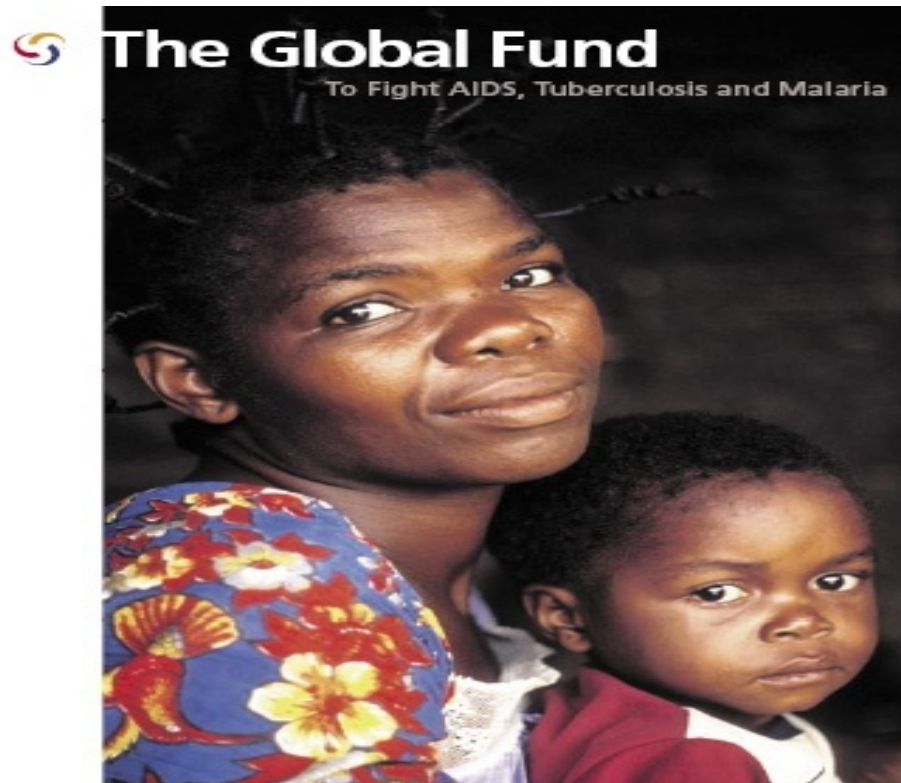
Lets be honest: the World is rich



We know *how* to get the money

- ☑ Decrease military expenditures. 😊
- ☑ Regulatory measures for curbing financial speculation & illegal capital flows;
- ☑ Regulation of tax havens
- ☑ Progressive tributary instruments for redistribution of wealth
- ☑ *Financial Transaction Taxes to invest in sustainable development*





A Global Fund for health ?



VLADIMIR I. LENIN

CHE FARE?

Seguito dagli atti delle sedute del secondo congresso del Partito operaio socialdemocratico russo (1903) e dagli scritti di V. Akinov, P. Aksel'rod, A. Bogdanov, V. Lenin, L. Martov, D. Rjazanov, G. Plechanov, L. Trockij, V. Vorovskij sul concetto di partito.

A cura di Vittorio Strada

122

IMAGGI



EDITORE

The concept of “public goods”



non exclusive: anyone can use them

non competitive: their use will not limit others to use them

The concept of “public goods”



Progress of medicine and essential drugs shall be considered as global public goods and be accessible to all humans living on our planet

Grazie

stefano.vella@iss.it



CENTRO NAZIONALE PER LA **SALUTE GLOBALE**
ITALIAN CENTER FOR GLOBAL HEALTH