

GIORGIO TAMBURLINI

Grazie Gianni.

Grazie per l'invito, ci tenevo molto ad esserci. Spero di aver interpretato questo mio contributo nel senso proprio di un invito al ragionamento. Cercherò di seguire le fila di un pensiero sull'aiuto allo sviluppo, alla cooperazione, pensiero che non pretendo sia innovativo, anzi per certi aspetti è vecchio, solo che continua ad essere minoritario, nonostante le evidenze abbastanza pesanti che ci sono in suo favore; e quindi volevo fare questo percorso con voi, rendendomi conto che per alcuni di voi tutto questo sarà in qualche modo scontato, forse per altri potrà suggerire delle riflessioni.

Allora: (1) questi sono attualmente i dati sulle morti infantili, o meglio, come dice l'indicatore universalmente accettato, le morti dei bambini prima che abbiano compiuto i 5 anni; non pretendo che diate un'occhiata ai numeri, ma questo istogramma orizzontale vi fa vedere che c'è stato sostanzialmente un progresso in tutte le aree del mondo. Per questo progresso, che è significativo, ci sono voluti peraltro 18 anni, questo progresso in alcune aree è minore che in altre ed è minore nelle aree del mondo dove la mortalità era ed è più alta. Quindi, in qualche modo, si sono accresciute le diseguaglianze e questo, ve lo dico io perché la slide non ve lo dice, rispetto ai famosi obiettivi del millennio che volevano una riduzione dei due terzi della mortalità sotto i 5 anni per il 2015, dice che una buona parte dei paesi sono al di sotto del trend per il raggiungimento di questo obiettivo.

Questa (2) è un'immagine che molti di voi, che si occupano di salute materno-infantile avranno visto perché è stata per la prima volta pubblicata su una famosa serie di articoli del Lancet del 2003 e poi aggiustata in base ai dati che a mano a mano venivano senza che cambiasse molto: sono le cause di morte nei primi 5 anni, che sono fondamentalmente sempre le stesse, sempre quelle 5 o 6; l'unica cosa che è un po' cambiata è questa fetta della torta gialla che indica la mortalità neonatale che rispetto alla mortalità totale va progressivamente aumentando ed è ormai fra il 40, il 50 e più per cento a seconda delle aree del mondo.

L'altro prospetto che è importante ai fini del discorso che vogliamo fare è che circa metà di questi decessi non si verificherebbero se i bambini fossero ben nutriti. Questo non significa che metà dei bambini muoiono di malnutrizione, ma significa che a causa di malnutrizione clinicamente evidente oppure non evidente, le malattie comuni diventano più frequenti, soprattutto più gravi, quindi portano a decesso.

Questa mappa (3) vi fa vedere dipinti in verde i paesi che hanno avuto un progresso, quindi una riduzione significativa della mortalità sotto i 5 anni e vi fa vedere in giallo i paesi che hanno avuto un progresso lento e insufficiente e vi fa vedere in rosso i paesi che non hanno avuto progresso.

Quella macchia rossa che sta fra il Pakistan e l'Iran, vi fa capire come molti di questi paesi dove non c'è stato nessun progresso sono paesi che hanno avuto due problemi in più, uno è quello della guerra l'altro quello dell'AIDS.

Questo grafico (4) che è forse un attimino più difficile da interpretare...vi invito a dare un'occhiata alla parte sinistra: vedete una serie di pallini rossi e una serie di pallini verdi: i pallini verdi indicano i paesi che hanno avuto un progresso nella mortalità infantile e sono riusciti a coniugare questo progresso con la riduzione delle diseguaglianze tra ricchi e poveri, mentre i pallini rossi che sono molto più frequenti, sono paesi che hanno avuto sì un progresso, però a scapito dell'uguaglianza e quindi questo progresso si è verificato molto di più in alcune parti della popolazione, quindi influenzando molto sulla media, e molto di meno o niente affatto nelle parti più povere della popolazione.

Sui numeri, 7,7 oppure 8,8, c'è una competizione in questo momento fra le due modalità, i due gruppi istituzionali che calcolano la mortalità delle morti infantili, uno basato nella famiglia delle Nazioni Unite e uno basato su un istituto chiamato Health Metrics, sostanzialmente finanziato da Bill Gates, fanno i conti e arrivano a numeri diversi per quanto riguarda le morti infantili; cosa che non dovrebbe spostare di molto, anzi non sposta affatto il ragionamento che faccio io, ma è curioso sapere che quei pochi denari, quelle poche risorse poi vanno anche un po' persi in questi esercizi che aiutano a capire, ma poi creano anche difficoltà e complicazioni e che nascono da competitività, di fatto di carattere chiamato così, di tipo accademico-istituzionale fra entità che poi pretendono di dare le linee.

Ma torniamo a questo punto: se questi 7.7 o 8.8 milioni di bambini che muoiono sotto i 5 anni sono la punta dell'iceberg, dobbiamo renderci conto che la montagna è costituita da un numero enormemente superiore, diciamo 150 milioni di bambini, che a causa di malattie che non conducono a morte, disabilità conseguenti a malattie, incidenti, alle privazioni di vario tipo, non possono raggiungere quel livello di sviluppo intellettuale, cognitivo, fisico, quindi umano, sociale a cui avrebbero diritto. E quindi questo è un aspetto che non può essere dimenticato perché noi non dobbiamo occuparci di mortalità, noi dobbiamo occuparci di salute.

Strettamente connessa alla mortalità dei bambini è quella delle madri. Anche qui 5 c'è negli ultimi anni un certo contrasto sulle cifre, ma insomma siamo sulle 400.000 morti materne all'anno che si concentrano negli stessi paesi in cui si concentrano le morti dei bambini; questo non deve sorprendere, in parte perché o soprattutto perché i fattori sono sostanzialmente gli stessi, e in parte perché i bambini che sopravvivono, diciamo così, alle proprie madri, sono bambini che hanno un destino in gran parte segnato. Un ultimo studio, pubblicato su Lancet, sulla sopravvivenza dei bambini in India: sopravvissuti a madri morte per parto o comunque per cause legate a gravidanza e parto indicano una mortalità a 10 anni del 700 per mille.

Altri due aspetti, e poi finisco questa parte. Tutti voi sapete che il grosso della mortalità sotto i 5 anni, o per lo meno una buona parte, si concentra nei primo mese, o intorno ai primi mesi, e nell'interno del primo mese si concentra nei primi giorni. Questo dovrebbe immediatamente farci concentrare l'attenzione su questo periodo che riguarda la gravidanza e il parto e tuttavia, negli ultimi 10, 15 anni nonostante quest'evidenza ci fosse già vent'anni fa, (ricordo che quando abbiamo iniziato a lavorare a Maputu in Mozambico nell'85, questa faccenda era assolutamente evidente tanto è vero che questa è stata fin dall'inizio l'enfasi che si è cercata di dare pur con molte difficoltà e parecchi errori) e tuttavia il calo della mortalità neonatale non è stato così rapido e questo poi non meraviglia sapendo cosa è stato fatto in queste decadi nei vari paesi: è stato molto più lento di quello che c'è stato nella mortalità postnatale cioè dopo i primi mesi e primi anni di vita.

Passiamo adesso agli interventi.

C'è stata una specie di rivoluzione concettuale iniziata da questo gruppo che si riuniva tra l'altro a Bellagio e che conosco bene avendoci anche lavorato assieme, che a un certo punto ha elaborato, in base ai concetti della medicina basata sull'evidenza, una serie d'interventi efficaci sulle cause principali di malattia. I bambini muoiono per quelle 5, 6, 7, 8 cause, esistono interventi efficaci che se attuati sono in grado di ridurre la mortalità per quelle cause. Nella prima serie del Lancet questi interventi sia preventivi che terapeutici erano 23 e si calcolava che una buona quota, fra il 50 e 60% di tutti i decessi, potessero essere evitati con l'applicazione di questi interventi. Adesso non entriamo nel dettaglio; quello che voglio dirvi è che in realtà dal 2003 ad oggi questi interventi essenziali evidenti bases sono diventati 52,53,54 e anche questo ci serve per il nostro ragionamento. Ma se di questi 52,53,54 prendiamo quelli essenziali, cioè quelli proprio salvavita sui grandi numeri, che partono dall'assistenza al parto e includono le vaccinazioni essenziali, includono gli antibiotici per la polmonite o l'idratazione orale per la diarrea e se noi andiamo a vedere come sono distribuiti e quanti bambini oggi effettivamente usufruiscono di questi interventi ci possiamo avvalere di questi magnifici lavori fatti dal gruppo di Sever Vittoria che fanno vedere, come in questo grafico (5), in cui la distribuzione degli interventi che va da 0 al 100%, cioè questi sono i bambini che hanno avuto i 6 interventi basilari, viene distribuita per i 5 quintili della popolazione in base alla ricchezza: cioè a sinistra avete il quintile più povero e a destra avete il quintile più ricco. Quindi la gran parte della popolazione, non solo il quintile più povero, ma i 4/5 della popolazione, non raggiunge il 50% di copertura di queste cose basilari, mentre per 2 di questi paesi, il Nicaragua e il Brasile, poi vedremo qualcosa su questi paesi, la curva ha un carattere fondamentalmente diverso, cioè sono i più poveri che sono in gran parte esclusi, mentre tutti gli altri sostanzialmente possono usufruire di questi interventi essenziali.

Questo grafico (6) è ancora più esplicativo perché vi fa vedere le estreme differenze che ci sono nei vari paesi. Prima Gianni diceva che gli interventi e le strategie e il modo di muoversi non può essere un pacchetto che si applica ovunque. Allora proviamo ad immaginare cosa significa trovarsi in Nicaragua o in Colombia con $\frac{1}{4}$, il 20% della popolazione che è esclusa dagli interventi basilari; e cosa significa, invece,

trovarsi in Ciad o in Niger dove il 4/5 della popolazione è esclusa; cioè sono situazioni completamente diverse che richiedono strategie diverse e che, oltre a queste ce ne sono altre di differenze, culturali, politiche concettuali.

Poi c'è un altro aspetto che questa diapositiva, forse un po' complessa, illustra (7). Il concetto di benefit incidence, che è stato inventato come molte altre cose utili (peccato che poi la realizzazione pratica lasci molto a desiderare, all'interno dei gruppi tecnici della Banca Mondiale). Cosa sta a significare? La benefit incidence indica quella parte dei benefici di un progetto che va effettivamente a beneficiare il 20% più povero della popolazione. Tenendo presente la situazione di inequità noi dovremmo fare in modo che la gran parte degli interventi, perché alcuni devono avere per forza un carattere universale, vada effettivamente a beneficiare quelli che sono più poveri, non per una questione ideologica, ma semplicemente perché son quelli che hanno più bisogno di cure e quindi che ne beneficiano maggiormente se siamo in grado di raggiungerli. Allora, se noi stiamo ad un livello del 20% di questo indice, vuol dire che non cambiamo la realtà, cioè che diamo al 20% dei più poveri il 20%; se noi siamo all'80%, noi effettivamente facciamo un intervento che beneficia i più poveri.

Il Centro Nutrizionale in Argentina, che era stato creato ai tempi della crisi, effettivamente raggiungeva in gran parte i poveri, ciò non sorprende visto che alla periferia di Buenos Aires sono facilmente individuabili; bastava andar lì ed era difficile che venissero i ricchi a prendere la ciotola di minestra.

Però, vedete, che gran parte degli interventi sanitari, la campagna per le vaccinazioni del morbillo in Zambia, le reti medicate in Tanzania, e addirittura quel bellissimo programma di **Midways** di ostetriche che il Bangladesh aveva organizzato per fare in modo che le donne non partorissero da sole a casa senza assistenza, ha avuto in realtà una benefit incidence per lo meno all'inizio che addirittura ha beneficiato le donne escluse ed anche i mezzi necessari per promuovere tale attività. !!!!

Io faccio sempre vedere questa diapositiva (8) perché dovrebbe dirci, cioè ci deve dire, che se noi lasciamo che le cose vadano come vanno, gli interventi vanno tutti a finire così. E' una legge naturale. E' stata addirittura formulata da Tudor Hart, un medico inglese del 1970, la legge delle cure inverse, chi ha più bisogno riceve meno aiuti e viceversa. Per una serie di fattori che riguardano sia la modalità d'offerta, sia la richiesta di servizi.

Veniamo alle strategie principali di fronte a questa situazione che ho delineato nei suoi punti principali. Il grosso delle attività internazionali di cooperazione allo sviluppo, aiuto allo sviluppo, come volete, da parte della comunità internazionale, da parte dei grandi donatori, da parte delle grandi organizzazioni non governative, è in buona parte, se andiamo a vedere il flusso dei finanziamenti, centrato su una strategia che fondamentalmente è ancora polarizzata sul concetto del child survival, cioè dobbiamo salvare la vita a quegli 8 milioni di bambini e a quelle 300-400 mila donne.

Il ragionamento è molto semplice: direi che è semplicistico e che deriva in questo, non a caso, da (e non voglio fare un'annotazione, come dire, men che meno di tipo etnico, culturale) ma deriva da un'impostazione molto americana che ha l'egemonia concettuale; lo stesso gruppo di Bellagio è fatto da accademici o personaggi delle università americane, e quelli che non sono americani hanno studiato là o hanno lavorato con loro. Per cui questo modo di pensare, che esiste una soluzione tecnicamente possibile e che il problema è quello di applicarla, è ancora maggioritario.

Quindi i bambini muoiono per 9 cause, poi se mettete anche quelle neonatali diventano 14, muoiono in 42 paesi, che poi secondo la lista del count down del 2015 diventano 60, sempre nei paesi poveri, queste morti possono essere evitate con i 25, che poi sono diventati 52, interventi, che curano le cause principali, quindi: qual è il problema? Trovare i soldi per DELIVERY, consegnare questi interventi in quei paesi.

E quindi il problema è trovare i soldi con grandi conferenze, G8, G20, il problema è trovare i soldi e mettersi d'accordo sulle strategie di delivery. E lì i tecnici elaborano delle formule concettuali per cui bisogna fare in un modo piuttosto che in un altro.

Ci sono stati degli sviluppi recenti in questa strategia, degli sviluppi devo dire anche positivi, quindi un'enfasi maggiore su gravidanza, parto e cure neonatali a partire dalla riunione del G8 di Tokio, c'è stata un'accentuazione sul materno-infantile che è stata ripresa anche recentemente; si voleva anche

qui creare una specie di global fund per il materno-infantile che, io dico fortunatamente, non è stato creato per via che non c'erano abbastanza soldi. Si è giustamente messo l'accento sulla continuity of care, nel senso che non basta intervenire su uno dei livelli, ma bisogna continuare anche sui livelli successivi altrimenti si perde l'intervento stesso e la sua efficacia; bisogna agire sulle strozzature del sistema sanitario, rinforzando il sistema sanitario: alla buon'ora! Ce ne siamo accorti perché molti di quei sistemi sanitari sono estremamente deboli. Bisogna armonizzare gli interventi delle diverse agenzie: chi ha avuto un minimo di esperienza sa che c'è una dispersione enorme di lavoro fra, non solo l'agenzia delle Nazioni unite, ma anche fra diverse ONG che poi vanno a fare a volte le stesse cose, a volte cose diverse, ma in sostanza, e qui c'è stata una famosa dichiarazione di Parigi che chiama tutti ad armonizzarsi ecc. ecc.

L'altro aspetto è che sono sempre più basate sulle partnership. Le partnership sono un'idea emersa che sostanzialmente dice pubblico e privato, cioè agenzie internazionali, privato sociale, ONG e privato, fondazioni come Bill Gates, ma anche il contributo delle case dei vaccini, collaborano a creare dei contenitori che poi loro stessi erogano a fondi, dirigono progetti ed emanano delle linee guida generali. Adesso non voglio entrare nei nuovi meccanismi di finanziamento che sono stati elaborati, a cui ha dato un contributo anche il nostro Giulio Tremonti, sono dei meccanismi di finanziamento che lasciano a volte di stucco, come quello che doveva finanziare la produzione e la diffusione di vaccini; lasciano di stucco perché sono abbastanza poco scientifici nel considerare, e lo dico in modo eufemistico, rischi, benefici e costi, soprattutto costi rispetto a priorità dell'estensione dei nuovi vaccini in realtà di paesi in via di sviluppo.

Il discorso che volevo fare nell'ultima parte della mia presentazione è quello di vedere se è possibile una strada diversa e che cosa dovrebbe dirci un'analisi un po' diversa della situazione.

Questo è uno schema che ho ripreso sostanzialmente dalla relazione che ha fatto il gruppo dell'OMS che si è occupato dei determinanti della salute. Vi fa vedere che procedendo da sinistra verso destra avete i grossi determinanti socio-economici, quindi il reddito, la povertà, la proprietà della famiglia e poi avete a cascata una serie di altre entità che in parte dipendono o sono fattori della povertà, come la capacità di avere del cibo, l'educazione, i diritti delle donne e quindi tutti gli aspetti che riguardano le pratiche riproduttive, la relazione, il partnership, e alla fine tutto questo si traduce nel fatto che esista di fatto uno stato di salute o di malattia oppure uno stato di pre-malattia. E' come vedete dal basso ci sono politiche che influiscono sui diversi pezzi e sulla cascata dei diversi fattori. Dove all'inizio ci sono le politiche macroeconomiche e fiscali, in mezzo ci sono tutte le politiche che hanno a che fare con nutrizione, scuola e compagnia bella e poi, naturalmente, ci sono le politiche di sistema sanitario. I determinanti distali, cioè quelli economici di base, spiegano da uno a due terzi delle differenze degli esiti di salute, naturalmente dipendendo dal contesto ed essendo più pesanti laddove la povertà e la povertà estrema sono prevalenti, però influenzano l'accesso alla qualità delle cure, perché l'accesso alla qualità delle cure dipende ovviamente da elementi che possono essere logistici, economici, culturali che hanno a che fare evidentemente con quei determinanti di reddito, di educazione anche dal punto di vista degli operatori che questi interventi distribuiscono.

Vi faccio vedere solo uno dei tanti grafici che mostrano l'incredibile influenza di alcuni di questi fattori. Questa è la percentuale di donne analfabete che vi fa vedere che quanto più aumenta la percentuale di donne analfabete, quanto più diminuisce e tende allo zero diminuisce in modo drastico la mortalità materna, neonatale e postnatale, per una serie di fattori che hanno a che fare con la presa in cura di sé, conoscere quello di cui si ha diritto, controllare le nascite, posticiparle, non avere gravidanze nelle epoche estreme, ma avere un numero di gravidanze adeguate e sostenibili e di prendersi cura dei propri bambini.

Quindi, se noi ricapitoliamo e vediamo come mai in un paese ad esempio come l'Angola, di cui si parla oggi, o in altri paesi che hanno una mortalità che si avvicina al 200 per mille, quindi 50 volte più della nostra, cosa succede? C'è una serie di fattori che partono da una maggiore esposizione a fattori, cioè un maggior rischio di contrarre malattie, si è esposti alle zanzare, come si è esposti a non mangiare abbastanza, come si è esposti a un determinato ambiente dal punto di vista igienico-sanitario e così via.

Si è meno suscettibili, perché come i medici sanno se uno non mangia il sistema immunitario non risponde adeguatamente, ma ci sono anche suscettibilità di tipo psico-emotivo, cognitivo e non solo fisico e immunitario; cambia l'accesso agli interventi preventivi, l'accesso ai servizi, la probabilità di cure appropriate e quindi l'accesso alle cure di secondo livello.

Se noi teniamo presente questa cascata dobbiamo capire in maniera abbastanza semplice che ci sono parecchie cose da fare lungo tutta questa cascata perché altrimenti tu agendo solo alla fine evidentemente non fai altro che tappare il buco di una corrente che continua ad avere le sue ragioni di produzione.

La strategia basata sui pacchetti che vanno distribuiti è una strategia che non può essere efficace, o può essere poco efficace nel breve tempo, aumenta spesso le disuguaglianze, questo ve l'ho spiegato in breve, comunque tende a produrre effetti di breve durata: chiunque di voi abbia lavorato in ospedale sa che può risolvere il problema in quel momento, ma inevitabilmente il problema si ripresenta soprattutto nei bambini, nelle donne fortunatamente visto che i parti non sono 10 mila, se aiutata la donna a partorire in modo decente, quello evidentemente è un passo avanti che rischia anche di essere permanente. Le ragioni dell'insuccesso di questi programmi basati sui pacchetti sono le stesse che portano, se ci pensate bene, all'insorgenza delle malattie che noi dovremmo contrastare.

Un'immagine che uso spesso, circa i sistemi sanitari di questi paesi, è che sono come un albero di Natale. Su un albero di Natale, che è un sistema, noi possiamo attaccarci un certo numero di palline, che sono gli interventi; non possiamo attaccarcene cento perché non ci stanno, cadono, c'è il collasso dell'albero; quindi non possiamo continuare a proporre a questi paesi, magari anche finanziandoli, soprattutto finanziandoli con programmi verticali che poi sono in competizione fra loro, perché rischiamo di uccidere l'albero. Quindi, soprattutto, quel che va fatto va sostenuto l'albero in modo che questo sia in grado di erogare dei servizi minimi. Non basta la crescita economica, qualcuno dice ma se noi garantiamo la crescita quel processo del tricol down tutti se ne giovano.

Guardate com'è diminuita la malnutrizione in India, che ha avuto una crescita molto sostenuta, i più poveri sono ancora a un livello superiore al 50%, l'hanno ridotta di quasi nulla; guardate i meno poveri come l'hanno ridotta in modo drastico. Questo è quello che fa la crescita economica non corretta da elementi di redistribuzione del reddito e da politiche di welfare.

Ma un'altra strada è possibile, e lo dico in modo molto sintetico.

Questo è il Brasile, questi sono gli stessi bambini malnutriti in Brasile, a sinistra avete l'enorme differenza che c'era nel 1989 fra ricchi e poveri, ricchi che avevano il 10% di malnutrizione, ricchi si fa per dire, il 20% diciamo meno povero, e il 40% invece era la proporzione nei più poveri, che si è enormemente abbattuta grazie a una serie di politiche che quel paese ha fatto.

Cominciando dal Brasile, visto che l'ho citato, cosa ha fatto? Lo dico proprio in modo molto sintetico. Ha aumentato più volte il salario minimo, ha combattuto tutta la povertà e la malnutrizione con una serie di politiche sociali volte alle famiglie, che a volte hanno avuto risultato zero, ma che hanno contribuito; hanno creato un sistema universale di cure, hanno creato un sistema di cure alla famiglia che funziona anche nelle zone rurali.

Ma io volevo citare il sistema dello Sri Lanka, perché ultimamente mi sono occupato di quei paesi e ho notato subito come ci fosse una differenza enorme fra lo Sri Lanka che ha la stessa, anzi un'economia più lenta, in questo momento, dell'India, ha un reddito medio più basso, e ha una mortalità sotto i 5 anni che sta in questo momento fra l'11 e il 15 per mille. Quindi una mortalità europea, praticamente come eravamo noi non molto tempo fa.

Ha fatto questo attraverso una serie di politiche che sono iniziate con l'indipendenza più di 50 anni fa, han dato l'accesso universale all'educazione alle donne, han dato acqua e servizi igienici in gran parte, han dato l'accesso a cure di qualità. E lì, a differenza dell'India dove il 50% e più delle donne partoriscono ancora in casa, ma partoriscono in casa, che non sarebbe un problema, senza assistenza di nessun tipo, partoriscono assistite da Midwife che sono, diciamo così, formate all'inglese e sanno quello che fanno.

Cosa ha fatto la differenza? Queste cose hanno fatto le differenze e sono esattamente le stesse cose che hanno fatto la differenza da noi, in Inghilterra, in Svezia, nei paesi che hanno tenuto conto di

queste cose, quindi sono in grado di documentarle prima che arrivassero gli elementi tecnologici per la salute, gli antibiotici ecc.

Quindi focalizzarsi sull'apice della piramide non basta e questo è un messaggio, sostanzialmente, per chi di noi fa cooperazione. Dovremmo tentare per lo meno di scendere di uno scalino, cioè di occuparci di quello che vien chiamato il distretto nel sistema di salute, facendo in modo che perlomeno il nostro intervento abbia degli elementi di rafforzamento. Naturalmente questo va discusso con i locali, va concertato assieme, vanno individuate le priorità, non vanno imposte le priorità, va discusso. Sappiamo tutti che a volte le priorità in questi paesi sono per noi ufo, a volte chiedono delle cose che ci sembrano inappropriate, ma lì sta l'elemento di cooperazione, di discussione onde individuare assieme le cose da fare.

Queste sono le cose da fare. Tre livelli quindi: gli interventi essenziali, gli interventi di rafforzamento del sistema sanitario e le politiche che tengono in piedi i fattori determinanti, cioè che li migliorano, che danno alla gente la possibilità di stare meglio e quindi di non ammalarsi.

Questa la salto, le ultime due.

Abbiamo degli ostacoli. Voi mi dite, ma se questo è così evidente perché non si fa?, Questa è una discussione che può prendere tutto un seminario. Ci sono dei conflitti d'interesse anche fra quanti propongono, diciamo, al livello più alto dell'apparato, come dire, mi vien da dire militare-concettuale...ad un certo punto!

Hanno in realtà dei conflitti d'interesse con le case che producono farmaci e vaccini. Queste cose che si dicono implicano anche una presa di coscienza anche dei governi locali e nazionali, che non sempre c'è; c'è un quadro nazionale che spinge sulle emergenze piuttosto che sugli interventi di sviluppo e mangia, come tutti voi sapete, tutti i fondi disponibili.

Volevo concludere con il fatto che ci sono dei passi avanti. Alcune agenzie internazionali, sia l'OMS che l'UNICEF, in alcune parti del mondo e alcune ONG, e mi piace anche qui citare il CUAMM che è qui presente, hanno fatto dei passi avanti proprio in questa direzione, che è una direzione anche tecnica, non è solo concettuale; quello che diceva Gianni prima, è fondamentale cioè che cosa significa cooperare, cosa significa confrontarsi coll'altro, fare delle cose assieme, ma c'è anche un elemento tecnico che significa rendersi conto che alcuni interventi funzionano, altri invece hanno le gambe corte.
Grazie