

La Cooperazione internazionale per la salute

di Eduardo Missoni

Presidente dell’Osservatorio Italiano sulla Salute Globale

Conferenza Nazionale su “Migrazioni e Salute” – Università degli Studi di Bari, Centro Interdipartimentale “Popolazione, Ambiente e Salute” – Bari, 3-4 maggio 2002

La salute nel dibattito internazionale

Nello statuto dell’Organizzazione Mondiale della Sanità, creata nel 1948 nell’ambito delle Nazioni Unite, per “condurre tutti i popoli al più alto livello di salute possibile”, nel ribadire che la salute è un diritto fondamentale di ogni essere umano, essa viene indicata come “uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale” e non solo come “assenza di malattia”.

La salute di tutti i popoli, è riconosciuta come una condizione indispensabile alla pace e alla sicurezza del mondo, dipendente dalla più stretta cooperazione tra gli individui e tra gli Stati; mentre la disuguaglianza in termini di salute tra i diversi Paesi è riconosciuta come “un pericolo per tutti”.¹ La salute è dunque indivisibile e globale ne è la responsabilità.

Trent’anni dopo la “Salute per tutti” diviene un obiettivo della comunità internazionale da raggiungere “entro l’anno 2000” e, ad Alma Ata (1978), con solenne dichiarazione tutti i governi del mondo individuano nella “*Primary Health Care*” la strategia per il raggiungimento dell’obiettivo. Parte integrante di ogni sistema sanitario, ma anche dell’ “intero sviluppo sociale ed economico”, la PHC si fonda su equità, partecipazione comunitaria, prevenzione, tecnologie appropriate ed un approccio intersetoriale ed integrato allo sviluppo.

Un’impostazione che avrebbe richiesto il riorientamento dei sistemi sanitari, in quanto a politiche, strategie ed allocazione delle risorse, ma che resistenze legate all’organizzazione sociale e la distribuzione del potere non avrebbero consentito (ad esempio, un’élite interessata prevalentemente a insostenibili prestazioni specialistiche; il reddito e lo status sociale dei medici legati alla specializzazione e all’uso di tecnologie sofisticate, piuttosto che al servizio di sanità pubblica o alla medicina di base; i Ministeri della Sanità corporativi e con poca influenza).

Quell’innovativa visione fu così ben presto ricondotta ad un approccio riduttivo, centralista e verticale denominato “*Selective Primary Health Care*” basato sull’applicazione selettiva di misure “dirette a prevenire o trattare le poche malattie responsabili della maggiore mortalità e morbosità nelle aree meno sviluppate e per le quali esistano interventi di provata efficacia”.² L’attenzione si allontanava dalla salute, per focalizzarsi su “campagne” per il controllo di alcune malattie, un approccio di grande convenienza economica e mediatica, in alcuni casi anche più consono alle esigenze politiche o amministrative dei Paesi donatori e degli organismi internazionali. Dinamiche che in alcuni casi rimangono a tutt’oggi immodificate.

¹ WHO, *Constitution*

² Walsh, J.A. e Warren, K.S. (1979) Selective Primary Health Care: an interim strategy for disease control in developing countries, *New England Journal of Medicine*, 301, 967-974

Il modificato contesto internazionale in sanità negli anni '90

L'approccio selettivo, impostosi negli anni '80, non obbligando ad impegnative riorganizzazioni del sistema e significativi investimenti nella sanità pubblica, era anche confacente ai cosiddetti "Piani di aggiustamento strutturale", sistematicamente riproposti dalle istituzioni di Bretton Woods (Fondo Monetario Internazionale e Banca Mondiale) alla maggior parte dei paesi del Terzo Mondo, condizionando ogni sostegno economico alla liberalizzazione del mercato, alle privatizzazioni e ai tagli della spesa sociale. La necessità di associarvi "reti di sicurezza" e "ammortizzatori sociali" per ridurne gli effetti, era il riconoscimento implicito della prevedibilità delle conseguenze di quelle misure sulle condizioni di vita della maggior parte della popolazione. Ad uno "Sviluppo" inteso come sinonimo di crescita economica e accumulazione di capitale, veniva così sacrificato ogni altro aspetto dell'esperienza umana.

Con l'orientamento al mercato dell'intera società, anche i sistemi sanitari dovettero essere assoggettati alla "Riforma" secondo i criteri dettati da quelle organizzazioni finanziarie internazionali e, di fatto, dai dicasteri finanziari dei Paesi più ricchi che le governano – poco democraticamente - in virtù della loro prevalente partecipazione al capitale.

Il diritto universale alla salute è stato così progressivamente negato; l'intervento pubblico limitato all'assistenza ai poveri e delegato preferibilmente al privato; le spese sanitarie pubbliche, ridotte e trasferite a carico dei singoli soggetti, stimolando sistemi di assicurazione privata, che tendono ad escludere i soggetti a rischio elevato e non coprono rischi collettivi; l'assistenza sanitaria di base sostituita dalla tendenza a privilegiare l'offerta di servizi specialistici, basata sulla redditività piuttosto che sul bisogno. Il mercato ha preso il sopravvento sulla programmazione pubblica delle priorità, con conseguente lievitazione della spesa sanitaria.

Il mercato ha condizionato la crescita ed il consolidamento di strutture sociali ed economiche ingiuste, che creano masse crescenti di esclusi, la perdita dei valori fondamentali di riferimento e la diffusione di una cultura di morte, con i bambini e gli adolescenti a pagare il prezzo più elevato.

Di pari passo la funzione guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità è stata trasferita alla Banca Mondiale, divenuta la fonte principale dei finanziamenti esterni per attività sanitarie in paesi a basso e medio reddito e una voce determinante nei dibattiti nazionali e internazionali sulle politiche sanitarie.

Intanto, accordi nell'ambito dell'Organizzazione Mondiale del Commercio (OMC), condizionano sempre di più il diritto alla salute, tendendo a ridurre l'autonomia d'intervento dei governi anche quando si tratti di provvedimenti a beneficio della salute pubblica dei propri cittadini, come l'accesso ai servizi essenziali. La salute come bene di consumo, merce, è oggetto di trattativa. Seppure con cautela, è però anche possibile registrare qualche segnale positivo, come l'esito del processo che ha visto di fronte le multinazionali del farmaco e il governo del SudAfrica e, proprio in questi giorni, i risultati della riunione dell'OMC a Doha (Qatar), dove è passata la mozione presentata da un folto gruppo di Paesi del Sud del mondo nella quale si afferma che "nulla negli accordi dell'OMC sulla proprietà intellettuale, può impedire ai Paesi membri di prendere misure che garantiscano la salute pubblica".

Nel nuovo contesto nuovi attori si affacciano sulla scena sanitaria internazionale rivendicando un ruolo proporzionale al proprio peso finanziario e modificando ulteriormente gli equilibri. Si tratta del settore privato, soprattutto quello delle grandi multinazionali, farmaceutiche e non solo. Proponendosi come interlocutori diretti o affidando la loro partecipazione a Associazioni e Fondazioni "no profit" di emanazione diretta di quegli stessi gruppi economici, oppure come manifestazione filantropica, ma invasiva di singoli mecenati, come nel caso paradigmatico della "Bill and Melinda Gates Foundation".

In un quadro di riduzione delle risorse destinate all'aiuto pubblico allo sviluppo e di crescenti perplessità rispetto al ruolo e l'efficienza dell'ONU e delle sue agenzie, le Partnership Globali Pubblico-Privato (*Global Public-Private Partnerships – GPPP*) stanno diventando il modello universale di riferimento. Paradigmatico l'esempio della *Global Alliance for Vaccines and Immunization – GAVI*, cui Bill Gates ha destinato 750 milioni di dollari in cinque anni. Invece di contribuire al sostegno delle iniziative dell'UNICEF o dell'OMS o direttamente dei programmi di vaccinazione nei Paesi in via di sviluppo, il magnate della Microsoft ha chiesto ed ottenuto che si costituisse un nuovo fondo a gestione autonoma, salvo chiamare quelle stesse Organizzazioni internazionali a parteciparvi. D'altra parte queste iniziative globali a carattere focale stanno riportando in auge quell'interpretazione selettiva dell'assistenza sanitaria di base che per due decenni ha negato l'approccio integrato allo sviluppo e alla salute che Alma Ata aveva tracciato.³

Oggi, in vista della Sessione Speciale dell'Assemblea Generale dell'ONU sull'infanzia, si riconosce che gli investimenti nazionali nei servizi della sanità di base non sono stati all'altezza degli impegni presi e che, proprio per mancanza di risorse e l'inadeguato funzionamento dei sistemi di salute, i migliori risultati degli anni '90 sono stati raggiunti nei programmi "verticali" più facili da misurare e da diffondere (i risultati più prestigiosi vengono indicati nella ormai vicina eradicazione della polio e del verme di Guinea). Eppure, si riconosce che gli interventi mirati non eliminano la necessità di un più generale potenziamento dei sistemi sanitari nei Paesi in Via di Sviluppo; essi non rappresentano un'assistenza adeguata all'insieme dei bisogni dei bambini, gli adolescenti e delle loro famiglie.⁴

La salute nel mondo

A più di cinquant'anni dalla costituzione dell'OMS e oltre vent'anni dopo Alma Ata, in molti paesi – soprattutto dell'Africa Sub-sahariana - la speranza di vita si riduce, la mortalità infantile aumenta e masse crescenti di popolazione in condizioni di estrema povertà, sono del tutto escluse dai potenziali benefici di un aumento della ricchezza globale senza precedenti, sempre più concentrata nelle mani di pochi. Il 20% più ricco della popolazione possiede l'82,7% del reddito mondiale e il 20% più povero della popolazione solo l'1,4%; e la distanza tra Nord e Sud del mondo, moltiplicatasi per tre tra il 1960 e il 1995, continua ad aumentare. La metà della popolazione mondiale vive in condizioni di povertà esasperante, con meno di 2US\$ al giorno, 1,2 miliardi di persone, nella miseria totale con meno di un dollaro al giorno. La metà sono bambini. Persino nei Paesi più ricchi del mondo il 17% dei bambini vive al di sotto della soglia nazionale di povertà; con conseguenze permanenti sul loro sviluppo e la condanna all'esclusione sociale in età adulta. Almeno un terzo dei bambini alla nascita non è registrato, con il conseguente rischio di essere esclusi dai diritti di assistenza sanitaria e d'istruzione.

Nel suo rapporto del 2002, riferendosi agli obiettivi fissati nel 1990 in occasione del Vertice mondiale sull'infanzia, l'UNICEF accusa la maggior parte dei governi di non aver rispettato le promesse,⁵ come si evidenzia nella tabella in cui si analizzano solo i risultati di più diretta rilevanza per la salute.

³ Missoni, E., Salute per tutti entro l'anno 3000?, *Salute e Sviluppo*, n.1, 2000, pp.2-3

⁴ *Nosotros, los niños: examen de final de decenio de los resultados de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia* (A/S-27/3), maggio 2001 con dati attualizzati. <http://www.unicef.org/spanish/specialsession/documentation/index.html>

⁵ UNICEF, *The State of the world's children* 2002

| Obiettivi sanitari | Indicatori | Situazione nel 1990 (PVS) | Obiettivo raggiunto nel 2000 (PVS) |
|---|---|---|---|
| a) riduzione di un terzo del tasso di mortalità infantile e dei minori di 5 anni | Tasso di mortalità in minori di 5 anni (x 1000 nati vivi) | 102 % | 90 % riduzione del 12% |
| b) riduzione del 50% del tasso di mortalità materna | Tasso di mortalità materna (x 100.000 nati vivi) | 500.000 morti materne | Nessuna riduzione (aumento?) Mondo 400 Africa s.s. 1100 Asia m. 430 M.O. e N. Africa 360 America Latina 190 Asia orientale/Pacifico 190 Europa centrale e orientale 55 Paesi Industrializzati 12 |
| c) riduzione del 50% del tasso di malnutrizione grave e moderata nei bambini minori di 5 anni | Bambini minori di 5 anni di peso inferiore alla norma | 32% | 27% riduzione del 15% |
| d) accesso universale all'acqua potabile e a sistemi sanitari di eliminazione degli escrementi | Persone senza accesso | acqua: 21% eliminazione di escrementi: 45% | acqua: 1,1 miliardi di persone senza accesso (19%); eliminazione di escrementi: 2,4 miliardi di persone senza accesso (40%) |

Nonostante gli straordinari progressi del XX secolo in campo tecnologico, più di trentamila bambini al giorno muoiono per cause in gran misura prevenibili; 150 milioni di bambini, un terzo dei bambini del mondo, soffrono di malnutrizione; solo nell'Asia Meridionale ogni anno nascono ancora 11 milioni di bambini di basso peso (<2,5Kg), e 3,6 milioni nell'Africa Subsahariana, dove il numero è in aumento; solo la metà dei neonati sono alimentati esclusivamente con latte materno per un periodo sufficiente (4 mesi). Più di 10 milioni di bambini minori di cinque anni muoiono ogni anno per cause prevenibili. Circa 30 milioni di bambini continuano a non essere vaccinati. In Africa solo il 47% di loro riesce ad essere immunizzato contro tetano, difterite e pertosse. Quasi 900 milioni di persone non hanno accesso ai servizi sanitari essenziali. Il tasso di mortalità materna è rimasto invariato dal 1990.

L'avvento dell'epidemia di HIV/AIDS ha posto la comunità mondiale di fronte a nuove sfide, riflettendo tra l'altro il quadro della disuguaglianza: nei paesi ricchi, anche le persone affette da HIV/AIDS hanno a disposizione gratuitamente farmaci efficaci, mentre nei paesi poveri quelle cure sono inaccessibili e ancora una volta sono i bambini a sopportare il peso maggiore: oltre a poter contrarre l'infezione, possono soffrire le conseguenze dell'epidemia sulle loro famiglie e comunità e rimanere orfani.

Dei 10,3 milioni di giovani minori di 25 anni che si calcola abbiano contratto l'infezione da HIV nel 2000, 600.000 sarebbero minori di 15 anni. In quello stesso anno 500.000 bambini minori di 15 anni sarebbero morti di AIDS e 2,3 milioni sarebbero rimasti orfani della madre o di entrambi i genitori nel 2000 e più di 13 milioni dall'inizio della pandemia.

Dei 36,1 milioni di persone infette con HIV/AIDS, il 95% vive nei PVS, 16,4 milioni sono donne e 1,4 milioni bambini minori di 15 anni.

Alle crescenti disuguaglianze si associano fenomeni migratori, instabilità politica, conflitti sociali e guerre. Con regolamentazione e controllo internazionali insufficienti, si moltiplicano i traffici illeciti.

Milioni di bambini sono vittime di sfruttamento sul lavoro. Si stima almeno 300.000 bambini siano coinvolti nei conflitti come soldati.

La tratta dei minori e la prostituzione infantile sono commerci fiorenti: il commercio sessuale riguarda circa un milione di minori, soprattutto bambine, con le ovvie conseguenze sulla loro salute.

Sul finire del secolo, registrato il fallimento, senza troppo interrogarsi sulle cause, l'Organizzazione Mondiale della Sanità con il suo "Salute per tutti nel XXI secolo" ha di fatto spostato obiettivo di altri cent'anni.

La salute nell'agenda globale

Il tema "salute" ha assunto un peso crescente nell'agenda politica internazionale negli ultimi anni, certamente anche sulla spinta dell'epidemia HIV/AIDS. All'inizio del 2000, per la prima volta nella sua storia il Consiglio di Sicurezza delle Nazioni Unite ha affrontato un tema sanitario, l'AIDS, sottolineandone le conseguenze sulla pace e la sicurezza.

Nel maggio del 2000 l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite ha approvato due importanti protocolli facoltativi sui diritti dei bambini. Il Protocollo facoltativo relativo alla partecipazione dei bambini nei conflitti armati, che richiede che sia stabilita a 18 anni l'età minima della leva obbligatoria. (sottoscritto da 81 paesi) e il Protocollo facoltativo relativo alla vendita dei minori, la prostituzione infantile e l'utilizzazione dei minori nella pornografia (sottoscritto da 74 paesi).

Nel giugno dello scorso anno su richiesta dei G8, ONU, OCSE, FMI e Banca Mondiale elaborando per la prima volta congiuntamente un documento, hanno prodotto "*A better world for all*" nel quale si riconosce: "il fallimento nell'indirizzare le iniquità di reddito, educazione e accesso alle cure sanitarie e le disuguaglianze tra uomini e donne, [nonché] limiti imposti ai paesi in via di sviluppo e, a volte, inconsistenze nelle politiche dei donatori che impediscono un progresso più veloce". Nel documento la risposta viene individuata in: "una vera *partnership*" di cui però non si individuano strumenti e caratteristiche.

Per la prima volta, nel vertice tenutosi nel 2000 ad Okinawa, i temi sanitari vengono inseriti anche nell'agenda dei G8; è evidente la preoccupazione per l'impatto economico di alcune malattie infettive, piuttosto che per il diritto alla salute. Ancora una volta si conclude facendo riferimento ad una "nuova partnership globale" Obiettivi sanitari occupano poi uno spazio significativo nelle dichiarazioni del successivo Millennium Summit, tenutosi a New York nel settembre del 2000.⁶ Vecchi obiettivi vengono aggiornati, proponendo un recupero sul tempo perduto ed un'ulteriore accelerazione per raggiungere gli "obiettivi di sviluppo del Millennio: la riduzione della mortalità nei minori di cinque anni non sarà più di un terzo tra il 1990 e il 2000, ma – visto che l'obiettivo è stato mancato – con rinnovato impegno si tenterà di ridurla di due terzi entro il 2015. Analogamente per la mortalità materna, da una riduzione del 50% entro il 2000, la meta da raggiungere è stata portata ad una riduzione di tre quarti entro il 2015. Invariato l'obiettivo inerente la malnutrizione, spostata la verifica dal 2000 al 2015. Anche in occasione del Summit, la soluzione è sembrata a portata di mano: "Sviluppare una forte partnership con il settore privato e con le organizzazioni della società civile nel ricercare lo sviluppo e l'eradicazione della povertà".

La salute viene riproposta come tema centrale nei documenti circolati all'inizio del 2001 dalla Presidenza italiana del G8 in vista del vertice di Genova. I quei primi termini di riferimento, nel riprendere l'impegno per l'"nuova *partnership*" assunto ad Okinawa, ci riferisce al partenariato come "quadro di riferimento" a supporto del mandato e della direzione di agenzie internazionali specializzate come l'OMS, mentre si fa esplicito riferimento alla necessità di ricercare nuove procedure internazionali per un efficace trasferimento delle risorse e la riduzione dei costi di transazione.⁷

In realtà l'iniziale proposta italiana andava oltre il riconoscimento dell'impatto delle "malattie" infettive (in particolare AIDS, TBC e malaria) sull'economia, sul quale ci si era soffermati ad Okinawa, introducendo nei temi da dibattere un approccio integrato ed intersetoriale alla "salute". Tra l'altro quella proposta affrontava temi come lo sviluppo nei PVS di sistemi sanitari

⁶ <http://www.un.org/millennium/>

⁷ G8 – 2001 *Presidency, Action Plan for health care. terms of reference*, gennaio 2001

improntati all'equità e all'accesso universale; l'individuazione di HIV/AIDS, TBC, malaria come indicatori di risultato e non come obiettivi isolati; l'accesso a farmaci e servizi; la partecipazione della società civile; il coordinamento dei donatori: la necessità di ricondurre a unità la molteplicità di iniziative globali esistenti (GAVI, IAVI, Stop TB, RBM, etc.); nonché la promozione della salute come obiettivo dello sviluppo, da considerare nell'orientare anche le politiche in altri settori.

Sarà proprio la Presidenza italiana, però a ridurre - contraddicendo le proprie iniziali proposte – quell'articolata agenda alla sola costituzione di un “Fondo Globale per la salute”.⁸

A giugno un'intera sessione dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite è dedicata all'HIV/AIDS. In quella sede anche Kofi Annan lancia l'idea di un nuovo Fondo Globale, che però vuole dedicato alla lotta a quell'epidemia. Paradossalmente - visto che a proporlo è il Segretario dell'ONU – Kofi Annan specifica che il “Fondo” espressione della “nuova partnership” sarebbe dovuto essere “esterno alle Nazioni Unite, aperto ai governi, al settore privato, fondazioni e individui, affidandone la direzione a un board indipendente che rappresenti tutti gli interessati.” Per invogliare il grande business a contribuire all'iniziativa Annan si è premurato di ricordare che la malattia sta sottraendo lavoratori e consumatori al mercato.

Dall'integrazione della proposta di Kofi Annan e quella del G8 è nata l'iniziativa – lanciata a Genova - per un unico "Fondo Globale per la lotta all'HIV/AIDS, la tubercolosi e la malaria", confermando così la tendenza a ridurre le strategie per la salute alla lotta contro alcune malattie.

Il Fondo globale per la lotta all'AIDS, la TBC e la Malaria diverrà operativo alla fine di gennaio 2002, quando il gruppo di lavoro provvisorio (*Transitional Working Group*) istituito subito dopo il vertice G8 di Genova, nel luglio 2001, per gettare le basi del Fondo, passerà le consegne al suo primo Consiglio di amministrazione.

L'iniziativa trova moti consensi, ma non mancano le voci critiche, dirette soprattutto a sottolineare i rischi di una delegittimazione delle Nazioni Unite e la creazione di luoghi impropri di governo centrale della globalizzazione; la presenza di conflitti di interesse nella partecipazione del settore privato nell'organismo di direzione e la tendenza ad una “privatizzazione globale”; un approccio “neo-verticalista” al controllo di singole malattie con effetto disgregante sui sistemi sanitari e l'organizzazione dei servizi; l'omissione del riconoscimento dei problemi strutturali alla base delle carenze sanitarie e quindi l'assenza di strategie volte a farvi fronte; il mascheramento del sostanziale disimpegno dei paesi ricchi dall'Aiuto Pubblico allo Sviluppo e, di fatto, la mancanza di una riposta proporzionale alle esigenze identificate.⁹

I fondi attualmente destinati al settore sanitario sono stimati in 3,3 miliardi di US \$. Per la sola lotta all'HIV/AIDS (e senza includere l'accesso di tutte le persone infette ai farmaci antiretrovirali) l'OMS stima che servano altri 7-10 miliardi di dollari all'anno e almeno il doppio per far fronte alle tre malattie.

A Genova i G8 si sono impegnati con circa 100-200 milioni di US\$ a testa e per il momento gli “impegni” complessivi ammontano a circa 1,5 miliardi di dollari; senza indicazione temporale.

Quali nuovi impegniemergeranno dalla ormai prossima sessione speciale dell'Assemblea delle Nazioni Unite sull'infanzia? Quante risorse verranno promesse per far fronte alle molte altre situazioni che attentano alla salute e che non possono essere riassunte nella somma di alcune delle malattie più comuni?

Senza dimenticare che fin dagli inizi degli anni '80 la comunità dei donatori si era impegnata a portare l'aiuto pubblico allo sviluppo allo 0,7% del PIL. Oggi l'insieme dei Paesi OCSE si attesta intorno alla misera media dello 0,24% del PIL, con l'Italia fanalino di coda: nel 2000 ha destinato all'Aiuto Pubblico allo Sviluppo appena lo 0,13% del suo PIL (peggio solo gli USA con lo 0,10%).

E' evidente che il semplice rispetto di impegni pregressi cambierebbe completamente il quadro della situazione triplicando, di fatto, l'aiuto attuale (circa 55 miliardi di dollari nel 1999).

⁸ G8 – 2001 *Presidency, Genova Trust Fund for Health Care*, aprile 2001

⁹ cfr. Missoni, E., *The Global Health Fund: a global bluff, bmj.com 24.8.2001 – electronic letter.*

Missoni, E., Il Fondo Globale per la lotta all'AIDS, la tubercolosi e la malaria, *Salute e Sviluppo*, in stampa

E' però altresì evidente, che i governanti dei Paesi ricchi non hanno il coraggio di proporre alle loro opulente società di sottrarre risorse all'economia nazionale per destinare più fondi ai cosiddetti PVS. E' più facile sostenere che i fondi pubblici sono insufficienti e proporre *partnership* con il privato, anche e soprattutto quello delle grandi multinazionali , sperando che le risorse private suppliscano alle promesse non mantenute.

D'altra parte, anche per il controllo delle malattie , un'azione duratura ha bisogno di sistemi sanitari efficienti e l'esperienza insegna che l'approccio "verticale" per malattie può far registrare successi spesso effimeri, ma con effetti disgreganti sui sistemi sanitari e l'organizzazione dei servizi e, quindi, sulla capacità complessiva dei sistemi di garantire il diritto alla salute.

Più in generale, in assenza di misure strutturali non vi può essere in realtà alcuna "sostenibilità" dell'azione internazionale per la salute. Tra quelle, la cancellazione del debito rimane un passaggio indispensabile. L'introduzione di politiche eque dei prezzi dei farmaci, avrebbe un analogo significato. Meccanismi di tassazione internazionale come quella sulle speculazioni finanziarie internazionali (su tipo di quella nota come *Tobin Tax*), potrebbero attrarre dal settore privato un flusso di risorse più consistente e soprattutto continuativo del solo ricorso alla "generosità" delle multinazionali. Queste poi, potrebbero dare un notevole contributo alla salute globale cominciando dal rispettare e promuovere ovunque i diritti dei lavoratori che impiegano (a partire dai bambini) e la difesa dell'ambiente nei loro processi produttivi, peraltro sempre più delocalizzati nei PVS. Anche l'effettiva adozione e applicazione in tutti i Paesi di legislazioni a protezione dell'infanzia e dei gruppi più vulnerabili giocherebbero naturalmente un ruolo fondamentale nella trasformazione strutturale di quella società globale che oggi produce disuguaglianza e malattia

A maggio avrà luogo la Sessione Speciale delle Nazioni Unite dedicata all'infanzia, che doveva essere realizzata dal 19 al 21 di settembre dello scorso anno e che i fatti dell'11 settembre 2001 hanno obbligato a rimandare. All'ordine del giorno al verifica degli impegni presi e degli obiettivi stabiliti nel 1990: Mancati.

C'è solo da augurarsi che dopo il fallito raggiungimento dell'obiettivo "salute per tutti" fissato per il 2000 e la sua ricollocazione temporale nel XXI secolo, con un nuovo appuntamento al 2015 non si giunga tra breve a proporre come nuovo traguardo la "salute per tutti nel Terzo Millennio".

L'UNICEF nel suo ultimo rapporto ricorda: "le promesse che formuliamo oggi sono promesse che dobbiamo mantenere. Non ci sono più scuse" ¹⁰ Vedremo.

¹⁰ UNICEF, The state of the world's children 2002