



Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA SANITA' PUBBLICA E DELL'INNOVAZIONE
Direzione Generale dei Rapporti Europei e Internazionali
Ufficio III – ex DG RUERI

OMS - 66.ma Assemblea Mondiale della Sanità

Ginevra, 20-28 maggio 2013

Relazione a cura del Dr. Francesco Cicogna

INDICE

1. Sintesi dei lavori
2. Discorso di apertura del Direttore Generale OMS
3. Argomenti di maggiore rilievo
 - 3.1 Bilancio programmatico dell'OMS per il biennio 2014-2015
 - 3.2 Riforma dell'OMS
 - 3.3 Malattie croniche non trasmissibili
 - 3.4 Salute mentale
 - 3.5 Prevenzione della cecità evitabile e dell'ipovisione
 - 3.6 Malattie tropicali neglette
 - 3.7 Disabilità
 - 3.8 Obiettivi di Sviluppo del Millennio
 - 3.9 Determinanti sociali della salute
 - 3.10 Regolamento Sanitario Internazionale
 - 3.11 Eradicazione della poliomielite
 - 3.12 *"Universal Health Coverage"*
 - 3.13 Interventi e attività dell'OMS in aree di crisi umanitaria
 - 3.14 Trasferimento del Sud Sudan alla Regione Africana dell'OMS
 - 3.15 Pagamento dei contributi all'OMS in dollari USA e franchi svizzeri

1 – Sintesi dei lavori

La 66.ma sessione dell'Assemblea Mondiale della Sanità si è svolta in un clima caratterizzato dalla crisi finanziaria mondiale e dal suo impatto sui sistemi sanitari e sulle disponibilità di risorse da parte dei Paesi donatori.

Con questo sfondo non certo rassicurante l'Assemblea è stata chiamata ad approvare il Bilancio dell'OMS per il biennio 2014-2015, a discutere del processo di riforma dell'Organizzazione ma – soprattutto – ad adottare una serie di Risoluzioni che hanno riguardato argomenti di indubbio interesse e grande importanza per la sanità pubblica internazionale.

Tra questi, particolare menzione merita la Strategia globale per la prevenzione ed il controllo delle malattie non trasmissibili – argomento di altissima priorità per il suo forte impatto sulle condizioni di salute delle popolazioni sia dei paesi industrializzati che di quelli in via di sviluppo, ma anche per i costi elevati che tali patologie comportano per i sistemi sanitari.

Altre tematiche di particolare rilievo sono state il piano d'Azione per la Salute mentale, il piano d'azione per la prevenzione della cecità evitabile, le malattie tropicali neglette, i determinanti sociali della salute, l'eradicazione della poliomielite e le disabilità.

L'esame dello stato di attuazione del Regolamento Sanitario Internazionale è culminato con un briefing tecnico per le delegazioni presenti a Ginevra sulla situazione relativa al nuovo Coronavirus, e in tema di nuove sfide e nuove minacce per la salute globale si è inserito il dibattito sugli Obiettivi di Sviluppo del Millennio e sul ruolo della salute nell'agenda di sviluppo post-2015. Questo argomento ha posto in risalto il tema della "*Universal Health Coverage*" (copertura sanitaria universale) e delle sue ripercussioni in termini di politiche del personale sanitario, qualità delle prestazioni, equità e sostenibilità dei sistemi sanitari, e approccio olistico (prevenzione delle malattie, promozione della salute, cure e riabilitazione).

Altro tema che ha caratterizzato i lavori assembleari è stato il processo di riforma dell'Organizzazione che – seppur facendo segnare alcuni passi avanti, soprattutto in tema di apertura al cambiamento, con l'introduzione di elementi nuovi, come il sistema di monitoraggio indipendente delle attività dell'Organizzazione e una maggiore disciplina budgetaria - continua a procedere lentamente. Alcuni aspetti di particolare interesse riguardano i meccanismi di finanziamento, le politiche di mobilitazione delle risorse, le riforme della gestione del personale, la razionalizzazione dei metodi di lavoro dei *Governing Bodies*, il ruolo dei rapporti con il settore privato e con la società civile.

L'atmosfera costruttiva e di piena collaborazione tra le delegazioni e il Segretariato OMS è stata una caratteristica dei lavori, malgrado alcuni argomenti di particolare gravità e drammaticità, come l'esame della situazione sanitaria in Paesi colpiti da conflitti armati, come la Siria, il Mali e la Repubblica Centro Africana.

Come già avvenuto per il Consiglio Esecutivo nel mese di gennaio, anche l'Assemblea ha dovuto fare ricorso a più di una sessione notturna per raggiungere soluzioni di compromesso e consenso su alcune Risoluzioni particolarmente complesse.

Tutti i lavori assembleari sono stati oggetto di un intenso coordinamento comunitario, sotto la guida della Presidenza di turno irlandese e della Commissione Europea.

2 – Discorso di apertura del Direttore Generale OMS

Il Direttore Generale dell'OMS, d.ssa Margaret Chan, ha esordito ricordando le minacce legate a due nuove malattie che ripropongono il tema della necessità di far fronte comune e unitario per contrastare sul nascere le emergenze di sanità pubblica di carattere e portata internazionale. Il nuovo coronavirus nella Regione del Mediterraneo Orientale e il virus H7N9 in Cina sottolineano l'importanza dell'attuazione del Regolamento Sanitario Internazionale, strumento di fondamentale importanza.

Margaret Chan si è poi soffermata sugli Obiettivi di Sviluppo del Millennio, ribadendo che nell'agenda di sviluppo delle Nazioni Unite post-2015 la salute deve avere un posto preminente ed esortando gli Stati Membri dell'OMS ad adoperarsi in tal senso.

In termini di risultati, la Chan ha espresso soddisfazione per i buoni progressi nel campo della salute delle donne e dei bambini, così come per l'incoraggiante trend mostrato nel campo della lotta contro l'HIV/AIDS, la tubercolosi e la malaria. Queste ultime due malattie hanno dato al Direttore Generale dell'OMS lo spunto per sottolineare i rischi legati allo sviluppo di resistenza ai farmaci, che minaccia di compromettere i progressi compiuti nel controllo di queste malattie. A tale proposito, la d.ssa Chan si è soffermata sul tema dell'antibiotico-resistenza, da lei definita "gravissima minaccia" per la quale si devono trovare al più presto le opportune contromisure.

Anche l'eradicazione della poliomielite resta una sfida aperta e i gap finanziari restano preoccupanti. In tema di poliomielite, il Direttore Generale dell'OMS ha ricordato il lutto per i lavoratori impegnati nelle campagne vaccinali che sono stati uccisi nel corso dello svolgimento del proprio lavoro, spesso se non sempre su base del tutto volontaria.

Tra i temi dell'Assemblea di quest'anno, la Dr.ssa Chan si è soffermata sulle Malattie croniche non trasmissibili, affermando che tali patologie rappresentano una grande priorità per l'OMS e per i suoi Stati Membri; ha inoltre sottolineato che si tratta di un campo in cui la collaborazione intersettoriale è fondamentale e che - in tale ambito - è importante curare con la massima attenzione la questione dei potenziali conflitti di interesse da parte del settore privato.

Nel riferirsi ai piani d'azione sulle malattie non trasmissibili, sulla salute mentale e sulla prevenzione della cecità evitabile, il Direttore Generale dell'OMS ha ribadito che ciò che più conta è la messa in opera di politiche sanitarie valide e che il rafforzamento dei sistemi sanitari rimane una necessità per tutti.

La d.ssa Chan ha fatto inoltre cenno all'insicurezza in cui è costretto ad operare il personale sanitario in situazioni di conflitto e ha espresso forte condanna per ogni forma di minaccia e di violenza contro personale e strutture sanitarie.

Un ultimo particolare riferimento è stato dedicato dal Direttore Generale dell'OMS alla copertura sanitaria universale ed all'accesso ad un'assistenza sanitaria di qualità.

3 – Argomenti di maggiore rilievo

3.1 – Bilancio programmatico dell'OMS per il biennio 2014-2015

L'Assemblea ha approvato il bilancio programmatico per il biennio 2014-2015, che ammonta a un totale di 3.977 milioni di dollari USA (in linea con il biennio precedente); rispetto agli anni passati, la novità è rappresentata dal fatto che mentre fino all'anno passato solamente i contributi obbligatori venivano sottoposti all'approvazione da parte dell'assemblea, da ora in poi verrà approvato un bilancio comprendente sia i contributi obbligatori (929 milioni di dollari USA per il prossimo biennio), sia quelli volontari (3.048 milioni).

Il bilancio programmatico ripartisce i fondi tra le sei categorie prioritarie concordate con gli Stati Membri:

- (1) Malattie trasmissibili (841 milioni di dollari USA);
- (2) Malattie no trasmissibili (318 milioni di dollari USA);
- (3) Promozione della salute attraverso tutto il corso dell'esistenza (388 milioni di dollari USA);
- (4) Sistemi sanitari (531 milioni di dollari USA);
- (5) Preparazione, sorveglianza e risposta (287 milioni di dollari USA);
- (6) Attività di supporto e servizi istituzionali (684 milioni di dollari USA) e risorse per le emergenze (928 milioni di dollari USA);

Al Direttore Generale viene comunque lasciata la facoltà di allocare strategicamente le risorse tra le sei categorie, nel rispetto tuttavia di un tetto massimo fissato al 5% dell'ammontare di ogni categoria di provenienza.

3.2 – Riforma dell'OMS

Alcuni aspetti della riforma dell'Organizzazione ha fatto registrare buoni progressi per quanto concerne i rapporti con le ONG e il settore privato. L'OMS dovrà sviluppare una *policy* al riguardo, ma non vi è ancora pieno consenso nello stabilire se tale *policy* dovrà affrontare separatamente i rapporti con il settore privato e quelli con le ONG.

L'Assemblea ha concordato una migliore gestione e una semplificazione e snellimento dei meccanismi di reportistica da parte degli Stati Membri.

Una serie di cambiamenti sono stati concordati per quanto riguarda i metodi di lavoro dell'Assemblea Mondiale (tutti orientati a rendere più snella ed efficace tale riunione e a limitarne le spese, contenere i costi e ottimizzare i tempi). Particolare riguardo è stato dedicato alla predisposizione dell'agenda dei lavori dell'Assemblea e ai criteri in base ai quali includere nuovi punti all'ordine del giorno).

La valutazione dell'operato dell'Organizzazione è stata oggetto di particolare attenzione – soprattutto per gli aspetti legati al livello di decentralizzazione e alle riforme manageriali, oggetto di un attento esame da parte della "UN Joint Inspection Unit" (Unità di Ispezione Congiunta delle Nazioni Unite).

Un altro argomento del processo di riforma riguarda la gestione del personale. Il Direttore Generale ha posto in atto una riduzione dei costi (sono stati risparmiati circa 28 milioni di dollari USA per le spese di missione) e un ridimensionamento dello staff (una drastica riduzione - in un'ottica di ridimensionamento - sia a livello del Quartier generale di Ginevra che negli Uffici Regionali).

Per quanto attiene ai meccanismi di finanziamento, si è verificato un positivo accoglimento della proposta di "dialogo sui finanziamenti" avanzata dal Direttore Generale dell'OMS (da attuare sia attraverso una consultazione sul portale OMS, sia mediante un meeting previsto per il 24 giugno 2013, seguito da un'ulteriore riunione a fine ottobre/inizio novembre 2013).

Sui contributi volontari è stata riaffermata la necessità di ricorrere a finanziamenti svincolati ("*unearmarking*") da parte dei Paesi donatori – in linea con le priorità concordate dai *Governing Bodies* dell'Organizzazione. La predicibilità e la possibilità di ricorrere a finanziamenti pluriennali restano punti di forza delle richieste dell'Organizzazione, per poter garantire l'attuazione dei programmi prioritari e la continuità degli interventi.

Un altro aspetto importante della riforma riguarda il fatto che l'intero budget sarà approvato dall'Assemblea Mondiale (non solo la quota riguardante i contributi obbligatori – come avvenuto fino ad ora - ma anche quella relativa ai contributi volontari).

Si ricorda in proposito che i contributi obbligatori ("*Assessed Contributions*") sono pagati dagli Stati Membri secondo un valore percentuale ("*Scale of Assessment*") fissato dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite in base a parametri legati al grado di sviluppo, al PIL, alla popolazione. I contributi obbligatori per l'Italia ammontano a circa 23 milioni di \$ USA all'anno (erogati dal Ministero della Salute). I contributi volontari ("*Voluntary Contributions*") sono erogati dai Paesi donatori (per l'Italia dalla Direzione Generale della Cooperazione allo Sviluppo del Ministero degli Affari Esteri).

L'Assemblea ha infine discusso e confermato le priorità dell'Organizzazione, divise secondo le sei grandi categorie già concordate da parte degli Stati Membri: malattie trasmissibili; malattie non trasmissibili; approccio mirato a tutto il ciclo della vita ("*Health throughout the life cycle*"); rafforzamento dei sistemi sanitari; sicurezza sanitaria; servizi di funzionamento dell'Organizzazione.

3.3 – Malattie croniche non trasmissibili

L'OMS stima che nel 2008 ci siano stati 36 milioni di decessi (pari a circa il 63% dei 57 milioni di decessi avvenuti in quell'anno) a causa di malattie non trasmissibili, comprendenti le malattie cardiovascolari (48% delle malattie croniche), il cancro (21%), le malattie respiratorie croniche (12%) e il diabete (3,5%).

I principali fattori di rischio di queste malattie sono quattro: il fumo di tabacco, l'alimentazione non sana, l'inattività fisica e il consumo dannoso di bevande alcoliche.

L'Assemblea ha ribadito che le malattie croniche non trasmissibili costituiscono uno dei maggiori ostacoli allo sviluppo nel 21.mo secolo e che richiedono una serie di azioni, interventi e programmi da attuare nei paesi, in linea con le singole realtà epidemiologiche, legislative ed economiche. Tali interventi e azioni sono inquadrati in un Piano d'azione globale che comprende anche obiettivi generali e un set di indicatori per la valutazione dei progressi compiuti nel tempo.

La Risoluzione adottata dall'Assemblea Mondiale sottolinea la necessità di rafforzare i sistemi sanitari affinché siano in grado di fornire una copertura sanitaria universale, equa e sostenibile e di promuovere l'accesso ai servizi di prevenzione, terapia, assistenza e supporto in tema di malattie croniche non trasmissibili (in particolare tumori, malattie cardiovascolari, patologie respiratorie croniche e diabete) secondo approcci multisettoriali e politiche sanitarie nazionali per la prevenzione e il controllo di tali patologie.

La Risoluzione riafferma la *leadership* dell'OMS, riconosce il ruolo importante della comunità internazionale e promuove le collaborazioni Nord-Sud e Sud-Sud.

Particolare attenzione è dedicata agli stili di vita e a politiche che consentano scelte salutari.

La Risoluzione adotta il Piano d'azione globale per la prevenzione ed il controllo delle malattie non trasmissibili (2013-2020), un quadro di monitoraggio, comprendente anche 25 indicatori e un set di 9 obiettivi generali – di carattere volontario e non vincolante - da raggiungere entro il 2025. Il target di riduzione del 25% della mortalità per malattie cardiovascolari, cancro, diabete e malattie respiratorie croniche riguarda la mortalità prematura per malattie croniche nel gruppo di età tra i 30 e i 70 anni.

Il testo della Risoluzione raccomanda inoltre l'attuazione della Convenzione Quadro per la lotta contro il Tabagismo (*Framework Convention on Tobacco Control – FCTC*) e delle Strategie globali adottate sull'attività fisica, la dieta e la nutrizione e sulla riduzione del consumo dannoso di alcol.

Un altro aspetto importante della Risoluzione adottata dall'Assemblea riguarda la promozione delle collaborazioni e dei partenariati tra i diversi *stakeholder*, compresi la società civile ed il settore privato, sempre nell'ottica di un approccio multisettoriale e della salvaguardia della salute pubblica.

Per facilitare il coinvolgimento degli Stati membri dell'OMS, dei fondi speciali e delle Agenzie del sistema delle Nazioni Unite, e di altri partner e attori non statali, il Direttore Generale dell'OMS dovrà sviluppare i termini di riferimento di un meccanismo di coordinamento globale, anche attraverso una riunione *ad hoc* che si svolgerà nel mese di novembre 2013, preceduta da consultazioni da parte dei Comitati Regionali dell'OMS e degli altri *stakeholders*.

Alla Risoluzione sono allegati alcuni documenti che rappresentano dei suggerimenti ("*policy options*") per i Paesi membri dell'OMS, con il chiaro intendimento di offrire dei punti di riferimento senza tuttavia presentare nessuna opzione in quanto valida in assoluto in qualsiasi contesto.

3.4 – Salute mentale

Il Piano d’Azione presentato dall’OMS per il periodo 2013-2020 è stato fortemente sostenuto da parte della UE e ha anche ricevuto espresso apprezzamento per il processo di intensa consultazione (attuato dall’OMS sia attraverso meeting informali, sia mediante una consultazione tramite WEB) che ha portato alla sua definizione. Il Rapporto con il quale il Segretariato ha introdotto il Piano d’Azione presenta un’analisi della situazione globale che evidenzia che i disturbi mentali, neurologici e legati ad abuso di sostanze rappresentano globalmente il 13% del carico globale di malattia, con la depressione che si attesta al 4,3% (la prima tra le cause singole di carico di malattia).

La povertà, la disoccupazione, condizioni patologiche croniche, le violenze, la discriminazione e le situazioni di conflitto armato e di migrazione forzata (disastri naturali, guerre), oltre alla crisi finanziaria, rappresentano fattori che predispongono gruppi vulnerabili della popolazione a soffrire di disturbi mentali. Stigma e isolamento sociale sono tra le gravi conseguenze di tali condizioni.

Il piano d’azione presenta quattro obiettivi generali:

- 1) rafforzare la *governance* e la *leadership* della sanità nei programmi di salute mentale;
- 2) fornire servizi integrati di salute mentale e assistenza sociale;
- 3) attuare strategie di promozione della salute mentale e prevenzione dei disturbi mentali;
- 4) potenziare i sistemi informatici e la ricerca.

Anche in questo caso – come per le malattie croniche non trasmissibili – la UE ha sottolineato l’importanza di un approccio di “Salute in tutte le politiche” e dell’integrazione della salute mentale nei servizi sanitari (soprattutto nell’ambito dell’assistenza sanitaria primaria).

L’Assemblea ha infine sottolineato l’importanza di dedicare particolare attenzione all’infanzia, ai giovani e alle donne, oltre che di continuare a lavorare contro ogni forma di stigmatizzazione.

3.5 – Prevenzione della cecità evitabile e dell’ipovisione

Nel 2010 le stime OMS contano 285 milioni di persone affette da ipovisione, delle quali 39 milioni sono cieche. Secondo tali stime, l’80% di tali condizioni sono evitabili e prevenibili, e sempre l’80% di tali condizioni si verifica nei paesi a basso e medio reddito.

Le due cause principali di ipovisione nel mondo sono gli errori di rifrazione (42%) e la cataratta (33%). Esistono interventi efficaci e a basso costo che possono ridurre il carico dovuto a queste condizioni.

L’Assemblea ha esaminato il Piano d’Azione OMS per la prevenzione della cecità evitabile e dell’ipovisione, per il periodo 2014-2019. Tale Piano individua interventi e buone pratiche che hanno già consentito considerevoli progressi nella lotta contro la cecità evitabile, e la sua adozione – mediante una Risoluzione presentata dal Messico – consentirà una mobilitazione di risorse e un livello di attenzione e di sostegno al ruolo di leader che l’OMS sta svolgendo in questo settore della sanità pubblica internazionale.

La Risoluzione ha ricevuto il sostegno da parte dei paesi UE, e l'Italia ha svolto un ruolo di facilitatore nella sua adozione da parte dell'Assemblea. Numerose delegazioni dei paesi in via di sviluppo sono intervenute nel dibattito, a riprova del fatto che i problemi legati all'ipovisione e alla cecità per cause del tutto curabili (come la cataratta e il tracoma) hanno un impatto drammatico nei paesi più poveri

3.6 – Malattie tropicali neglette

Pur se molto diverse tra loro, le malattie tropicali neglette formano un gruppo caratterizzato dalla forte associazione con la povertà e con ambienti rurali e spesso remoti e con condizioni di scarsa igiene ambientale. Tale gruppo consta di 17 malattie dovute ad agenti patogeni diversi: virus (febbre dengue e rabbia), batteri (ulcera di Buruli, lebbra, tracoma, *yaws*), protozoi (malattia di Chagas, tripanosomiasi umana africana, leishmaniosi) ed elminti (cisticercosi, dracunculosi, echinococcosi, malattie da trematodi trasmessi da alimenti, filariosi linfatiche, oncocercosi, schistosomiasi, elmintiasi trasmesse dal suolo).

L'OMS conduce da tempo attività di prevenzione e controllo di queste patologie con una serie diversificata di obiettivi (dalla riduzione delle sofferenze e delle invalidità che causano assenteismo scolastico e dal lavoro, alla lotta alla stigmatizzazione, alla diminuzione della morbilità e della mortalità). Laddove possibile – su base scientifica evidente e dimostrata – l'OMS ha posto degli obiettivi di riduzione, fino alla completa interruzione, della trasmissione di alcune di queste malattie.

Grazie alle donazioni di farmaci da parte di numerose e autorevoli case farmaceutiche e a una serie di interventi di profilassi, terapia, igiene ambientale ed educazione sanitaria - contenute in un piano d'azione (*road map*) concordata tra i vari *stakeholder* - queste malattie stanno ricevendo una sempre crescente attenzione sia da parte dei governi dei paesi endemici che dei donatori. Notevoli sono i progressi registrati negli ultimi anni – anche grazie ad un approccio intersettoriale che coinvolge i sistemi sanitari, la sanità pubblica veterinaria ed altri settori come l'ambiente e le infrastrutture - e l'Assemblea Mondiale della Sanità ha adottato una Risoluzione che chiede agli Stati Membri dell'OMS di rafforzare i propri sistemi di sorveglianza e controllo di queste malattie e di porre in atto quanto raccomandato dal piano d'azione globale OMS in materia (2008-2015). L'intera comunità internazionale è chiamata a sostenere – anche attraverso finanziamenti – i programmi di lotta contro queste patologie.

3.7 – Disabilità

Secondo le più recenti stime dell'OMS, il numero di persone affette da disabilità nel mondo ha raggiunto il miliardo e, di queste, tra 110 e 190 milioni sono portatrici di disabilità importanti.

L'aumento della prevalenza di queste condizioni è legata sia all'invecchiamento progressivo della popolazione sia all'aumento del carico di malattia delle malattie croniche.

La disabilità colpisce i gruppi di popolazione più vulnerabili, e in modo particolare le donne, gli anziani e i poveri. I Paesi a basso reddito presentano una prevalenza più elevata di disabilità.

Sempre grave è il problema delle barriere e delle difficoltà di accesso ai servizi, come quelli sanitari (compresa la riabilitazione) ma anche quelli legati all'istruzione, ai trasporti ed al lavoro.

L'Assemblea Mondiale ha approvato una Risoluzione che promuove negli Stati Membri dell'OMS lo sviluppo di piani d'azione – in collaborazione con le persone affette da disabilità o le loro associazioni - per la rimozione delle barriere che limitano l'accesso ai servizi . La Risoluzione chiede anche il miglioramento dell'accessibilità dei servizi sanitari e un'adeguata formazione del personale sanitario, mirante al pieno rispetto dei diritti umani delle persone disabili. Al Direttore Generale dell'OMS viene richiesto di intensificare la collaborazione tra le varie parti interessate, comprese le altre Agenzie delle Nazioni Unite, il mondo accademico, il settore privato e le associazioni e organizzazioni di persone affette da disabilità. Inoltre, viene chiesto all'OMS che le varie aree di lavoro dedichino la dovuta attenzione ai bisogni di salute dei bambini e degli adulti con disabilità.

3.8 – Obiettivi di Sviluppo del Millennio

L'Assemblea ha esaminato un rapporto del Segretariato OMS sullo stato attuale del processo di raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio ("*Millennium Development Goals – MDGs*"). Tale rapporto evidenzia alcuni aspetti di particolare rilievo.

Tra il 1990 ed il 2011, la proporzione di bambini malnutriti nei paesi in via di sviluppo è diminuita dal 28% al 17%. Tale tasso di miglioramento è vicino a quello necessario per raggiungere l'obiettivo che era stato prefissato, ma sussistono troppe variazioni e differenze tra Paesi e all'interno degli stessi.

Globalmente, si è registrato un consistente miglioramento nella riduzione della mortalità tra i bambini al di sotto dei 5 anni di età. Tra il 1990 e il 2011, la mortalità al di sotto dei 5 anni di età è diminuita del 41%, passando da 87 a 51 decessi per 1000 nati vivi. Il tasso globale di diminuzione ha avuto un'accelerazione nel corso dell'ultimo decennio, ma resta ancora insufficiente per raggiungere l'obiettivo di ridurre la mortalità di due terzi nel 2015 rispetto al 1990.

Le due principali cause di mortalità per questo gruppo di età sono le polmoniti e le malattie diarroiche. L'OMS e L'UNICEF – in collaborazione con numerosi altri partner – stanno sviluppando un piano d'azione per la prevenzione e il controllo delle polmoniti e delle malattie diarroiche, che sarà ultimato nel corso del 2013.

Dall'adozione degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio, la riduzione della mortalità materna è stata considerevole, passando da 543.000 decessi nel 1990 a circa 287.000 nel 2010. Nonostante ciò, il tasso di diminuzione dovrebbe essere pari al doppio per poter raggiungere l'obiettivo prefissato ("ridurre la mortalità materna di tre quarti tra il 1990 ed il 2015"). Circa un quarto dei Paesi che presentavano i tassi più elevati di mortalità materna nel 1990 (100 o più decessi materni per 100.000 nati vivi) ha mostrato progressi insufficienti o del tutto trascurabili. L'accesso ai servizi di salute riproduttiva e la carenza di personale adeguatamente formato giocano un ruolo fondamentale a tale riguardo.

I decessi neonatali sono diminuiti da 4,4 milioni nel 1990 a 3 milioni nel 2011. Nello stesso periodo di riferimento, i tassi di mortalità neonatale sono diminuiti da 32 a 22 per mille nati vivi – una riduzione di più del 30%. Si tratta di una diminuzione più lenta rispetto alla mortalità infantile generale, e la proporzione di decessi tra i bambini al di sotto dei 5 anni verificatisi nel periodo neonatale è aumentata dal 36% nel 1990 al 43% nel 2011. La causa principale di mortalità neonatale è la nascita prematura.

Circa metà della popolazione mondiale è a rischio di contrarre la malaria e, nel 2010, 216 milioni di casi di malaria hanno comportato 655.000 decessi, l'86% dei quali ha riguardato bambini al di sotto dei cinque anni di età. In Africa, otto paesi hanno mostrato una riduzione di più del 50% in termini di casi confermati di malaria e decessi dovuti a tale malattia. Tra il 2000 e il 2010, in altre Regioni dell'OMS, il numero dei casi confermati è diminuito di più del 50% in 35 dei 53 Paesi endemici. Tra il 2000 ed il 2010, a livello globale l'incidenza di malaria è diminuita del 17%. La distribuzione di zanzariere impregnate di insetticida e gli interventi di *indoor residual spraying* (utilizzo di insetticidi spray in ambienti chiusi) hanno dato un contributo decisivo per questi progressi, ma la loro sostenibilità è difficile da mantenere e sussiste un elevato rischio di ripresa della malattia laddove è stata posta sotto controllo.

A livello globale, il numero annuo di nuovi casi di tubercolosi è andato lentamente diminuendo dal 2006: tra il 2010 e il 2011 si è ridotto del 2,2%. Nel 2011 vi sono stati circa 8,7 milioni di nuovi casi, dei quali circa il 13% ha riguardato soggetti HIV-positivi. Dal 1990, la mortalità dovuta a tubercolosi è diminuita del 41%, e il trend indica che, globalmente, raggiungerà il valore del 50% nel 2015. Resta forte la preoccupazione per l'aumento della resistenza ai farmaci anti-tubercolari.

Nel 2011, nel mondo circa 2,5 milioni di persone sono state infettate dall'HIV, il 24% in meno rispetto ai 31 milioni infettatisi nel 2001. Il 70% delle persone che hanno contratto il virus vivono nell'Africa sub-Sahariana. Nel 2011, il numero di persone affette da HIV ammontava a 34 milioni, facendo segnare un aumento rispetto agli anni precedenti. Così come avverrà per l'accesso alla terapia anti-retrovirale nei Paesi a basso e medio reddito (nel 2011 poco più di 8 milioni di persone in tali Paesi hanno ricevuto la terapia), anche la popolazione affetta da HIV continuerà ad aumentare, dal momento che la mortalità dovuta a cause correlate all'AIDS è in diminuzione.

L'Obiettivo del Millennio 7.C recita: "dimezzare, entro il 2015, la percentuale della popolazione priva di accesso all'acqua potabile". Tale obiettivo è stato raggiunto. Nel 2010 l'89% della popolazione ha avuto accesso a una fonte d'acqua di migliore qualità rispetto al 76% nel 1990. Tuttavia, anche se c'è stato un progresso notevole, sussistono disparità e differenze tra le diverse Regioni dell'OMS. Malgrado la copertura sia superiore al 90% in quattro Regioni su sei, rimane bassa in Africa e nella Regione del Mediterraneo Orientale (mantenendo l'andamento attuale, queste due Regioni non raggiungeranno l'obiettivo nel 2015).

Per quanto riguarda le condizioni igieniche primarie, gli attuali tassi di miglioramento sono troppo lenti per consentire il raggiungimento dell'obiettivo. Nel 2010, 2 miliardi e mezzo di persone non avevano accesso a condizioni igieniche migliori e il 72% di queste persone viveva in aree rurali. Ma anche il numero di persone senza condizioni igieniche primarie in aree urbane sta aumentando a causa dell'urbanizzazione crescente.

Molte persone continuano a dover far fronte al problema della scarsità di medicine disponibili nel settore pubblico, e a trovarsi quindi costrette all'acquisto privato dei farmaci. Secondo studi condotti tra il 2007 e il 2011, la quantità media disponibile di farmaci generici nei Paesi a basso e medio reddito era solo del 51,8% nel settore pubblico. E, comunque, anche i generici dal prezzo più contenuto sono poco alla portata delle famiglie a basso reddito nei Paesi in via di sviluppo, soprattutto nel settore dei farmaci per le malattie croniche.

In conclusione, a più di dieci anni dall'adozione degli Obiettivi del Millennio, si sono registrati incoraggianti progressi sia per quanto concerne la diminuzione della mortalità infantile e materna, sia nel campo della lotta alla malnutrizione, sia infine in termini di riduzione della mortalità e incidenza dell'HIV/AIDS, della malaria e della tubercolosi.

Ma i miglioramenti della situazione globale sono stati meno consistenti di quanto sarebbe stato necessario per raggiungere gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio e, soprattutto, la distribuzione dei progressi mostra divari persistenti e disuguaglianze crescenti tra Paesi e all'interno dei Paesi.

L'Assemblea ha ribadito l'impegno a continuare a perseguire il raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio, intensificando gli sforzi a livello internazionale.

È stata inoltre approvata la Risoluzione "*Health in the post-2015 UN development agenda*" (La salute nell'agenda di sviluppo delle nazioni Unite post-2015) che ribadisce la centralità assoluta della salute nel periodo post-2015.

3.9 – Determinanti sociali della salute

Il rapporto presentato dal Segretariato ha sottolineato che i determinanti sociali della salute rappresentano un punto di riferimento fondamentale per tutto il lavoro dell'Organizzazione e un'area prioritaria per il Programma Generale di Lavoro dell'OMS (2014-2019).

Tra le attività svolte in questo campo, particolare attenzione è stata dedicata al lavoro dell'Ufficio Regionale Europeo dell'OMS, che ha riesaminato i determinanti sociali della salute per verificare le cause dei *gaps* esistenti tra i 53 Stati Membri della Regione Europea. A tale proposito, la nuova politica dell'Ufficio Regionale Europeo dell'OMS – denominata *Health 2020 (Salute 2020)*¹ – dedica grande rilievo ai determinanti sociali della salute, con particolare attenzione all'approccio di "salute in tutte le politiche".

Va ricordato che, in questo campo, la *leadership* dell'Ufficio Europeo dell'OMS è assicurata tramite il lavoro dell'Ufficio di Venezia per gli investimenti in salute e per lo sviluppo.

Infine, il rapporto ha ricordato la Conferenza Globale sulla Promozione della Salute che si svolgerà ad Helsinki dal 10 al 14 giugno 2013.

3.10 – Regolamento Sanitario Internazionale

L'Assemblea ha esaminato un rapporto del Segretariato riguardante il grado di attuazione del Regolamento Sanitario Internazionale. Tale rapporto ha tenuto in debito conto una serie di raccomandazioni del *Review Committee* (Comitato di Revisione).

Tra le attività sottolineate nel rapporto, si ricorda la collaborazione tecnica fornita agli Stati membri sia in termini di valutazione delle proprie capacità di attuazione del Regolamento, sia in materia di formazione del personale. Particolare attenzione è stata dedicata ai "punti di ingresso", e l'OMS ha fatto una serie di missioni di verifica di tali punti di ingresso (in Africa e nelle Regioni del Mediterraneo Orientale e del Pacifico Occidentale). Sono stati considerati anche gli aspetti di rafforzamento delle capacità di laboratorio, in un'ottica di collaborazione tra OMS, FAO e OIE. Seminari e *workshop* sono stati organizzati in tutte le Regioni dell'OMS. Anche nel campo delle collaborazioni con altre Agenzie internazionali (ad esempio, ICAO, IAEA, UNICEF) si è registrato molto fermento e tali collaborazioni sono state rafforzate.

¹ La traduzione non ufficiale in italiano del documento è disponibile sul sito del Ministero della Salute

Particolare attenzione è stata dedicata alla verifica del funzionamento e del grado di autonomia decisionale dei *Focal Points* nazionali, considerati elemento cardine per l'attuazione del Regolamento.

Nell'ultimo anno è stato molto considerato l'aspetto relativo alle politiche di comunicazione (soprattutto la comunicazione del rischio, ma anche la condivisione tempestiva delle informazioni).

Un punto per il quale non vi è ancora un consenso tra gli Stati membri, e che quindi il Segretariato sta ancora studiando e approfondendo, riguarda la creazione di un fondo di contingenza per emergenze di sanità pubblica internazionale.

Per quanto riguarda la possibilità di richiedere un'estensione di due anni del periodo necessario alla piena implementazione del Regolamento, 107 Stati ne hanno fatto richiesta, mentre altri 75 no.

L'OMS ha sottolineato che il programma per la verifica e l'attuazione del Regolamento Sanitario Internazionale necessita di maggiore sostegno finanziario da parte dei donatori, in considerazione della sempre crescente richiesta di assistenza tecnica da parte dei Paesi in via di sviluppo.

I recenti sviluppi relativi al nuovo coronavirus nella Regione del Mediterraneo Orientale e al virus H7N9 in Cina hanno ulteriormente sottolineato l'importanza del Regolamento Sanitario Internazionale e della sua attuazione, anche in termini di trasparenza e condivisione di notizie, dati ed esperienze.

3.11 – Eradicazione della poliomielite

Il rapporto presentato dall'OMS ha delineato il quadro attuale della situazione, che vede ancora tre Paesi in cui la malattia è endemica (Pakistan, Afghanistan e Nigeria).

OMS e UNICEF hanno ulteriormente intensificato gli sforzi nei programmi di eradicazione (reclutando più di 5000 volontari).

I governi di Nigeria e Pakistan hanno istituito una *task force* presieduta dai più alti vertici dello Stato (Presidenti e Primi Ministri) e hanno rinnovato impegno e attività di vaccinazione e sorveglianza.

In questi due paesi il numero dei casi sta diminuendo, mentre si è registrato un preoccupante aumento in Nigeria, con il rischio di una nuova diffusione di poliovirus selvaggi in altri Paesi (soprattutto in Mali).

Un altro serio problema è stato quello degli attentati contro i volontari che prestavano in Pakistan la loro opera per le vaccinazioni. Tali gravi eventi hanno comportato un arresto delle attività in alcune aree e il conseguente rischio di rallentamento dei progressi compiuti.

In considerazione della situazione attuale, la data per una ancora possibile eradicazione viene a essere – realisticamente – spostata al 2018.

Molto lavoro deve essere fatto anche in tema di vaccini (ritiro della componente tipo 2 del vaccino orale e introduzione – a prezzi competitivi, di non facile ottenimento - del vaccino da virus inattivato).

Il *budget* per la fase finale dell'eradicazione della polio (Piano strategico 2013-2018) ammonta a 5 miliardi e mezzo di \$ USA. Nel Novembre 2012, il gap dei finanziamenti era di 700 milioni di \$ USA.

Mantenere un elevato livello prioritario per l'eradicazione della poliomielite inizia a suscitare qualche perplessità tra i donatori, che vedono la necessità di considerare quanto possano venirne penalizzate altre priorità.

3.12 – “*Universal Health Coverage*”

Il rapporto del Segretariato ha confermato che la *Universal Health Coverage* (copertura sanitaria universale) costituisce uno dei principi guida dell'assistenza sanitaria primaria. Essa contribuisce in maniera sostanziale allo sviluppo sostenibile e trae benefici da esso. Nessun Paese – né industrializzato né a medio o basso reddito – può assicurare il completo raggiungimento e la sostenibilità della *UHC*, che resta quindi una meta cui ambire e verso cui indirizzare le politiche sanitarie.

Le due principali componenti della copertura sanitaria universale (copertura con i servizi necessari – prevenzione, promozione, trattamento, riabilitazione e cure palliative - e copertura con la protezione finanziaria del rischio) devono costituire la base per far sì che le persone possano ricevere i servizi sanitari necessari senza dover incorrere in a spese catastrofiche.

Molti settori, oltre a quello sanitario, sono coinvolti a questo riguardo, compresi gli aspetti finanziari e di sviluppo sociale, economico e ambientale.

Malgrado si sia verificato un certo progresso per quanto concerne l'orientamento dei sistemi sanitari verso la copertura sanitaria universale, molto deve ancora essere fatto in tutti i paesi del mondo, con diversi gradienti di miglioramento possibile e necessario.

Circa un miliardo di persone al mondo non ricevono i servizi sanitari necessari.

Nell'Africa sub-Sahariana, tra il 2000 ed il 2010 il personale sanitario formato è aumentato solo dal 44 al 45%. Sempre in termini di risorse umane, moltissimi paesi in via di sviluppo presentano gravi carenze di personale sanitario.

Anche la sostenibilità finanziaria rimane difficile, per tutti i Paesi.

3.13 – Interventi e attività dell'OMS in aree di crisi umanitaria

L'Assemblea Mondiale della Sanità ha richiesto al Segretariato OMS di presentare un Rapporto informativo relativo ad alcune delle principali emergenze sanitarie per il periodo compreso tra il maggio 2012 e il maggio 2013.

Tale Rapporto ha riguardato le tre maggiori aree di crisi nelle quali l'OMS è attualmente attivamente coinvolta.

Tra il maggio 2012 e l'aprile 2013, l'OMS ha predisposto delle valutazioni del rischio riguardanti 24 eventi di crisi umanitaria acuta. Alcuni dati numerici: sui 24 eventi oggetto di valutazione, 5 hanno richiesto un sostegno consistente a livello di paese, per uno è stata posta in atto una risposta su larga scala da parte

dell'Organizzazione, e 12 hanno reso necessaria una serie di interventi di carattere più limitato, mentre i restanti 6 sono stati monitorati ma non vi sono state attività specifiche da parte dell'Organizzazione.

I cinque eventi di maggiore portata sono stati: la crisi di grave carestia e carenza di cibo nel Sahel; il conflitto nella provincia del Nord di Kivu, nella Repubblica Democratica del Congo; le inondazioni in Nigeria; il conflitto in Mali e quello nella Repubblica Centrafricana.

La crisi della repubblica Araba di Siria ha comportato l'attivazione di un intervento su larga scala che ha coinvolto gli Uffici dell'OMS in Iraq, Giordania, Libano, Siria e Turchia.

Dal punto di vista dei finanziamenti, va rilevato che le risposte dei donatori non sono state finora all'altezza delle necessità. Nel 2012, i finanziamenti hanno coperto solo il 35% dei bisogni del settore sanitario per la Siria, il 30% per il Mali e il 13% per la repubblica Centrafricana.

Un aspetto drammatico più volte sottolineato dall'OMS riguarda poi gli attacchi deliberati contro gli operatori sanitari, le strutture ospedaliere e ambulatoriali e persino le ambulanze, soprattutto in Siria. L'Assemblea ha stigmatizzato tali comportamenti che ledono i diritti umani più basilari e rasentano il crimine di guerra.

Di seguito si riporta un approfondimento riguardo alle tre crisi umanitarie che hanno richiesto maggiore sostegno da parte dell'OMS, ovvero quelle che hanno interessato la Siria, il Mali e la Repubblica Centrafricana.

Siria

La crisi è iniziata nel 2011, e al 6 maggio 2013 erano 6,8 milioni le persone che avevano bisogno di assistenza. sin dalla fine del 2012 il numero di Siriani che ha attraversato i confini di paesi limitrofi è in costante aumento.

Al 15 maggio 2013 c'erano 473.587 in Giordania, 347.815 in Turchia, 147.464 in Iraq e 66.922 in Egitto (dati dell'UNHCR). Si stima che 80.000 persone sono state uccise e 400.000 ferite.

Il sistema sanitario siriano è stato completamente distrutto. Sono compromesse sia l'assistenza primaria che quella secondaria; hanno subito gravi danni servizi come il trattamento delle malattie croniche, il trasferimento dei feriti, i servizi materno-infantili, le vaccinazioni, il controllo delle malattie infettive e la nutrizione.

I ripari di fortuna sono sovraffollati e le condizioni igieniche sono deficitarie. La copertura vaccinale per il morbillo è scesa al 45% (dal 95% registrato prima della crisi). Si stanno verificando casi di tifo, epatite A, morbillo e leishmaniosi cutanea. In aumento sono i disturbi mentali.

Degli 88 ospedali pubblici del paese, 33 sono fuori servizio e 18 funzionano solo parzialmente. Vi è penuria di personale sanitario, soprattutto nelle aree soggette a episodi di violenza, e una grave carenza di farmaci.

L'OMS si è impegnata nel tentativo di ripristinare i servizi sanitari di base, lavorando con le ONG e la Mezzaluna rossa araba siriana. Sono stati forniti farmaci per 1,95 milioni di persone.

È stato istituito un sistema di valutazione rapida e sorveglianza attiva per possibili epidemie; inoltre, l'azione congiunta di OMS e UNICEF ha portato alla riattivazione dei servizi di vaccinazione (1,3 milioni di bambini sono stati vaccinati per il morbillo e 1,5 milioni per la poliomielite).

Nei campi profughi dei paesi confinanti, le autorità sanitarie stanno fornendo assistenza, con il sostegno dell'Alto Commissariato dell'ONU per i Profughi e i Rifugiati.

Le priorità per questi campi di raccolta riguardano le malattie croniche, le ferite di guerra e le disabilità, la salute materno-infantile e la salute mentale. Sono stati registrati casi di malattie infettive come morbillo, leishmaniosi e tubercolosi multi-resistente.

Mali

Il conflitto è iniziato nel 2012 nel Nord del paese e si è poi esteso durante il 2013. All'8 maggio 2013, si registravano 300.783 di persone che avevano abbandonato il luogo di residenza e 174.125 rifugiati nei paesi confinanti.

Tale crisi si è sovrapposta alla già gravissima situazione legata alla carestia e assoluta carenza di cibo che affligge il Mali e altri paesi del Sahel fin dal 2011.

I problemi principali rimangono la scarsità di cibo e la sicurezza personale, per il permanere di gruppi di insorti ancora armati e organizzati.

I servizi di base (sanità, istruzione, disponibilità di acqua potabile) sono molto scarsi nel Nord del paese. Più del 90% dei "community health centres" (centri sanitari di comunità) è stato chiuso. I servizi sanitari del paese sono stati seriamente compromessi.

Malnutrizione, malattie diarroiche, polmoniti e morbillo sono le cause maggiori di patologia. Si calcola che nel 2013 i bambini al di sotto dei cinque anni esposti a malnutrizione sono circa 600.000.

L'OMS ha ripristinato una parte dei servizi sanitari in aree del paese nelle quali ci sono minori problemi di sicurezza. Nelle aree del Nord (Segon, Mopti, Gao e Timbuktù) i servizi sanitari sono assicurati da ONG internazionali (Croce Rossa Internazionale, Medici senza Frontiere, *Alliance for International Medical Action*, *Alliance Médicale contre le Paludisme*, *Santé Mali Rhone-Alpes* e *Médecins du Monde*).

L'OMS, insieme alla *Medical Association* del Mali ha condotto 32.000 interventi chirurgici. Sorveglianza epidemiologica e servizi vaccinali sono forniti da OMS e UNICEF. Ad aprile 2013, il numero di bambini vaccinati contro la poliomielite ammontava a 6,7 milioni.

Repubblica Centrafricana

All'inizio di maggio 2013, il conflitto interno colpiva 4,6 milioni di persone e più del 70% della popolazione non aveva accesso a servizi sanitari. L'assistenza sanitaria a Bangui e nella maggior parte delle aree rurali del paese ha subito forti danni, a causa sia della mancanza di personale sanitario che della situazione di insicurezza e dei danni subiti dalle strutture. Anche coloro che forniscono aiuti umanitari hanno notevoli difficoltà per quanto riguarda gli spostamenti e l'accesso alla popolazione.

Le maggiori cause di mortalità, che mettono a dura prova i fatiscenti sistemi sanitari, sono le malattie infettive (soprattutto malaria, polmoniti e malattie diarroiche), le complicanze della gravidanza e del parto e la malnutrizione.

Esistono forti rischi di epidemie a causa delle pessime condizioni igieniche e ambientali, e anche per la mancanza di sorveglianza epidemiologica e per il crollo delle coperture vaccinali (difterite, tetano, pertosse e morbillo).

L'OMS, l'UNICEF e l'UNFPA si stanno adoperando per ristabilire un minimo di servizi e per procedere a una valutazione della situazione che consenta di fornire aiuti mirati ai bisogni reali e più impellenti. La mancanza di un'adeguata protezione per il personale sanitario e per la popolazione in generale rende tuttavia difficile ogni intervento.

3.14 – Trasferimento del Sud Sudan alla Regione Africana dell'OMS

A seguito della richiesta presentata dal Governo del Sud Sudan di poter transitare dalla Regione del Mediterraneo Orientale dell'OMS alla Regione Africana - approvata dal Comitato Regionale per il Mediterraneo Orientale nell'ottobre 2012 e da quello per la Regione Africana nel novembre 2012 - l'Assemblea ha stabilito di assegnare il Sud Sudan alla Regione Africana.

3.15 – Pagamento dei contributi all'OMS in dollari USA e franchi svizzeri

L'Assemblea, per tutelare almeno in parte l'OMS dal rischio legato al cambio di valuta (dovuto al fatto che i contributi sono determinati in dollari USA, mentre la maggior parte delle spese viene sostenuta in franchi svizzeri) ha approvato una risoluzione che prevede che i paesi che pagano all'OMS un contributo pari o superiore a 200.00 dollari USA versino tale somma per metà in franchi svizzeri e per la restante metà in dollari USA. Tale provvedimento interessa i 65 Stati Membri maggiori contributori dell'OMS (che versano il 99% dei contributi obbligatori), mentre per i restanti 129 Stati Membri la situazione rimane invariata.