



Ministero della Salute

Direzione Generale della comunicazione e dei rapporti europei e internazionali

Direttore Generale Dott.ssa Gaetana Ferri

Ufficio 5 - Rapporti con l'Unione Europea, il Consiglio d'Europa,
l'OCSE, l'OMS e le altre Agenzie ONU e Organizzazioni Internazionali

Direttore: Dott.ssa Maria Grazia Pompa

RELAZIONE SUI LAVORI DELLA 70^a ASSEMBLEA MONDIALE DI SANITA'

(Ginevra 22-31 maggio 2017)

INDICE

1. Partecipazione della Delegazione ministeriale.....	4
2. Discorso di apertura del Direttore Generale OMS, Dr.ssa Margaret Chan..	6
3. Elezione del nuovo Direttore Generale OMS	8
4. Argomenti di maggiore rilievo	
4.1 Bilancio programmatico dell’OMS per il biennio 2018-2019.....	10
4.2 Risorse umane in sanità ed esiti della Commissione di Alto livello delle Nazioni Unite per l’occupazione in sanità e la crescita economica.....	11
4.3 Prevenzione, diagnosi e gestione clinica della sepsi.....	12
4.4 Preparazione al Terzo incontro ad Alto Livello dell’Assemblea delle N.U. per la prevenzione e il controllo delle malattie non Trasmissibili...	14
4.5 Prevenzione e controllo del cancro nel contesto di un approccio Integrato.....	16
4.6 Prevenzione della sordità e della perdita di udito.....	18
4.7 Piano di Azione Globale per i Vaccini.....	19
4.8 Promozione della salute dei migranti.....	21
4.9 Risposta globale per il controllo dei vettori.....	24
4.10 Piano di Azione globale sulla risposta di sanità pubblica alla demenza..	26
4.11 Preparazione alla Pandemia influenzale.....	29
4.12 Poliomielite.....	31
4.13 Dimensione di sanità pubblica del problema mondiale delle sostanze stupefacenti	32
4.14 Progress report su vari argomenti.....	33
4.15 Risultati della seconda Conferenza sulla Nutrizione.....	38
4.16 Rapporto della “ <i>Commission on ending Childhood Obesity</i> ”: Piano di implementazione.....	40
4.17 Meccanismo degli Stati membri sui farmaci contraffatti.....	42
4.18 Regolamento sanitario internazionale.....	43

4.19	Sinergie tra OMS e Conferenza delle Parti FCTC.....	44
4.20	Resistenza antimicrobica.....	44
4.21	Ruolo del settore sanitario nell'approccio strategico alla gestione internazionale delle sostanze chimiche verso l'obiettivo 2020	45
4.22	Progressi nell'implementazione dell'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile.....	46
4.23	Collaborazione dell'OMS con altre agenzie ONU.....	47

1. Partecipazione della Delegazione ministeriale

L'Assemblea Mondiale della Sanità (WHA) rappresenta il più importante dei tre “Organi di governo” dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (gli altri due sono il Consiglio Esecutivo e il Segretariato).

L'Assemblea Mondiale della Sanità è la massima riunione annuale dell'OMS, con il compito di esaminare, discutere, modificare e approvare i testi delle Risoluzioni e delle Raccomandazioni predisposte dal Consiglio Esecutivo e, negli anni dispari, approva il bilancio biennale dell'Organizzazione. Si articola in sedute plenarie e in riunioni di due Comitati tecnici, A e B, riguardanti, rispettivamente, argomenti tecnici di sanità pubblica e questioni attinenti l'organizzazione amministrativa dell'agenzia.

La 70ma Assemblea Mondiale di Sanità si è svolta a Ginevra dal 23 al 31 maggio u.s. ed ha visto la presenza di 3500 delegati, con ampia partecipazione dei Ministri della Salute e delle delegazioni dei 194 Paesi Membri, dei rappresentanti degli organismi internazionali e delle agenzie del sistema delle Nazioni Unite, delle fondazioni, della società civile, delle ONG e di coloro che contribuiscono al miglioramento delle condizioni della sanità pubblica.

Nei giorni 22-24 maggio u.s. ha preso parte ai lavori il Ministro della Salute, On. Beatrice Lorenzin, accompagnata da una delegazione composta dal Min. Plen. Luigi Ferrari (Consigliere Diplomatico), Dr. Emanuele Calvario (Segretario Particolare), Dr. Nando Minnella (Capo della Segreteria tecnica), Dott.ssa Gaetana Ferri (Direttore Generale della Comunicazione e dei Rapporti Europei e Internazionali), Dott. Ranieri Guerra (Direttore Generale della Prevenzione Sanitaria), Dott. Francesco Cicogna (dirigente medico del Segretariato Generale), Dott.ssa Maria Grazia Pompa (Direttore Ufficio 5 - DGCOREI), Dott.ssa Giusella M.F. Moscato (dirigente medico Ufficio 5 - DGCOREI), il Dr. Luciano Fassari, Capo Ufficio Stampa e il Cons. Giulio Marini della Rappresentanza Permanente d'Italia presso le Organizzazioni Internazionali a Ginevra.

Nella mattina del 22 maggio, dopo l'apertura dei lavori dell'Assemblea Mondiale, si è insediato il Comitato delle Credenziali, con il compito di esaminare le credenziali dei delegati degli Stati Membri e dei rappresentanti degli Stati Membri Associati, cui ha preso parte, per l'Italia, il Dr. Francesco Cicogna.

Per la prima volta è stata eletta Presidente dell'Assemblea Mondiale una rappresentante della Federazione Russa, Veronica Skvortsova, Ministro della Sanità di detto Paese, che ha dichiarato compito principale dell'Assemblea quello di guidare la rotta dell'Organizzazione per la prossima fase del suo sviluppo, con l'obiettivo centrale di promuovere la salute tramite l'unione di tutti i meccanismi nazionali, regionali e intersettoriali, le categorie professionali dei medici, le associazioni dei pazienti e la comunità imprenditoriale.

Quest'anno il tema scelto per gli interventi dei Ministri e capi delegazione è stato “Costruire sistemi sanitari migliori per la salute nello sviluppo sostenibile”, in linea con gli obiettivi e i target dell'Agenda delle Nazioni Unite 2030; vi è già un ampio consenso sul principio che la buona salute e il benessere dipendono (e contribuiscono a) dall'inclusione sociale, dalla prosperità e dalla protezione ambientale. L'Agenda è pertanto uno stimolo ed una opportunità per costruire sistemi

migliori per la salute e il benessere al fine di raggiungere la copertura sanitaria universale; contribuisce a riconoscere che la salute è legata alla produttività in altri sistemi, quali l'agricoltura, il lavoro, l'energia, l'ambiente e l'economia.

I sistemi sanitari migliori sono basati sul principio di “non lasciare indietro nessuno” e concorrono alla prevenzione, promozione, trattamento, riabilitazione e alle cure palliative; detti sistemi sono guidati da investimenti gestiti con risorse rinnovabili, sostenuti dalla scienza e dall'innovazione, e resi trasparenti dalla misurazione e valutazione.

Nell'ambito di questo forum ministeriale, finalizzato a illustrare e condividere i guadagni di salute mediante i percorsi verso lo sviluppo sostenibile dell'Agenda 2030, il Ministro Beatrice Lorenzin ha effettuato un intervento in seduta plenaria, di cui si allega il testo in inglese e in italiano (**all.1 e 2**), in cui ha evidenziato la necessità di sostenere sistemi sanitari resilienti e inclusivi, in grado di mantenere elevati standard di cura a un costo ragionevole e sostenibile. L'Italia ne è un eccellente esempio, essendo dotata di un sistema sanitario in cui viene sostenuto e realizzato il diritto universale alla salute, in linea con il principio di “non lasciare indietro nessuno”, pur utilizzando un budget pari al 6,5% del PIL, forse il più basso dell'area OCSE.

Nonostante i vincoli finanziari dovuti a una forte e persistente crisi economica, il Ministro ha evidenziato i successi del nostro sistema sanitario:

- eradicazione dell'epatite C, finanziata interamente da un fondo pubblico speciale, incluso una varietà di farmaci innovativi acquistati a prezzi accessibili;
- promozione della salute mentale;
- sviluppo di strategie ed erogazione di trattamenti medici per la popolazione anziana;
- inclusione della medicina di genere, segnatamente la salute riproduttiva, nell'agenda sanitaria nazionale;
- in materia di malattie trasmissibili, approvazione di un decreto che vuole rendere obbligatori 12 vaccini per accedere alla scuola tra zero e sedici anni;
- aggiornamento delle strategie di intervento a seguito dei cambiamenti demografici ed epidemiologici;
- investimenti nella prevenzione, per contrastare il degrado ambientale tramite l'attuazione di piani locali e nazionali per la sicurezza dell'acqua e quella alimentare e cercando di mitigare l'inquinamento atmosferico;
- presa in carico di mezzo milione di migranti, salvati dal mare, ai quali è stato fornito lo stesso livello di cura degli italiani residenti.

In questo contesto si inserisce la scelta dell'argomento per la Presidenza Italiana del G7 “Impatto dei cambiamenti climatici sulla salute”, con l'obiettivo di progettare strategie globali fattibili ed efficaci, in linea con l'Accordo sottoscritto a Parigi (COP 21).

Il Ministro ha concluso l'intervento richiamandosi ai principi fondamentali che ispirano la sua azione di governo: equità, solidarietà e inclusione, con particolare riferimento all'attuazione di strategie per il contrasto alla miseria e alla privazione attraverso una serie di interventi ultimamente ampliati e aggiornati.

Si segnala che in data 22 maggio, prima delle votazioni, il Ministro Lorenzin ha incontrato i tre candidati al posto di Direttore Generale dell'OMS, il Dott. Tedros Adhanom Ghebreyesus, il Dott. David Nunes Nabarro e la Dr.ssa Sania Nishtar e, subito dopo, ha preso parte personalmente alla sessione di voto per l'elezione del Direttore Generale dell'OMS.

A margine dell'Assemblea, il Ministro della Salute ha avuto una serie di incontri bilaterali con i suoi omologhi dell'Iran, Stati Uniti, San Marino, Tunisia, Slovenia e Ucraina; in particolare è stato

sottoscritto un *Memorandum of Understanding* con l'Ucraina per la collaborazione nel settore delle malattie oncodermatologiche pediatriche.

E' stata anche l'occasione per incontrare vari funzionari italiani con incarichi di alto livello presso l'OMS.

Si evidenzia che l'Assemblea Mondiale della Sanità ha ratificato la nomina dell'Italia - insieme ad altri 9 Stati - nel Consiglio Esecutivo dell'OMS con l'ingresso in qualità di membro titolare del Dott. Ranieri Guerra, Direttore Generale della Prevenzione Sanitaria. Tale nomina avviene dopo 14 anni di assenza dell'Italia in seno a detto organismo.

La delegazione italiana, insieme con l'Argentina, ha condotto lunghe e complesse negoziazioni (tre riunioni e 15 ore di *drafting group*), che hanno consentito l'approvazione per consenso della Risoluzione, in cui si adotta il documento quadro delle priorità e principi guida per la promozione della salute dei rifugiati e dei migranti; su tale argomento l'Italia è stata *burden-sharer*, insieme con il Lussemburgo, ai fini della elaborazione dello Statement dell'Unione Europea.

La delegazione ministeriale, inoltre, ha effettuato altri interventi in materia di prevenzione e controllo delle malattie non trasmissibili, di prevenzione, cura e controllo della tubercolosi dopo il 2015 e di contrasto e prevenzione della cecità.

Infine, l'Italia ha sponsorizzato tre side-events, dedicati rispettivamente agli attacchi armati contro le strutture sanitarie, ai "*Regulatory frameworks to combat NCDs*", organizzato congiuntamente con i Paesi ASEAN, ed al ruolo dei parlamentari nella promozione della salute globale.

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

2. Discorso di apertura del Direttore Generale dell'OMS, Dr.ssa Margaret Chan.

Si riportano i punti più salienti del discorso di apertura dei lavori assembleari, tenuto dal Direttore Generale uscente dell'OMS, Dr.ssa Margaret Chan.

Nel suo intervento la Dr.ssa Chan ha posto l'accento sullo scenario politico attuale, che è risultato molto meno ottimistico di quello del suo insediamento nel 2007:

- la crisi finanziaria del 2008 ha mutato le prospettive politico-economiche, con effetti sulle economie e sui bilanci sanitari tuttora evidenti;
- gli atti di terrorismo internazionale e l'estremismo violento sono diventati luoghi comuni e la frequenza allarmante di attacchi a tutte le strutture sanitarie e convogli di aiuti irride il diritto internazionale umanitario;
- i conflitti armati senza fine causano trasferimenti di massa ed esodi di rifugiati mai visti dalla fine della seconda Guerra Mondiale;
- la minaccia congiunta di conflitti armati e della siccità sta causando in alcune parti dell'Africa e del Medio Oriente una carestia dalle dimensioni mai sperimentate dalla creazione delle Nazioni Unite (1945).

In questo contesto la Dr.ssa Chan ha voluto tracciare un bilancio dei suoi 10 anni di mandato (2007-2017):

1. In materia di emergenze sanitarie internazionali, quali l'epidemia da virus Ebola scoppiata in Guinea, Liberia e Sierra Leone, l'OMS è stata troppo lenta nel riconoscere che il virus si sarebbe comportato in maniera differente dal passato; tuttavia, ha provveduto a effettuare le correzioni del caso, mettendo sotto controllo i tre focolai e fornendo alla comunità internazionale il primo vaccino in grado di conferire una protezione sostanziale nei confronti del virus medesimo. Contemporaneamente l'OMS ha elaborato e approvato il nuovo Programma per le emergenze sanitarie che assegna un livello di protezione più robusto e ampio.

Durante l'epidemia, l'OMS ha facilitato la ricerca-sviluppo di nuovi prodotti medici, acquisendo una considerevole esperienza nel settore, che ha condotto alla creazione del "Coalition for Pandemic Preparedness Innovation", lanciata nel gennaio 2017 con un finanziamento iniziale di 500 milioni dollari USA al fine di mettere a punto, tra l'altro, un nuovo sistema produttivo di vaccini dal costo accessibile contro agenti patogeni prioritari, indicati dall'OMS, da poter utilizzare in occasione dei prossimi inevitabili focolai.

2. Per quanto riguarda l'accesso ai farmaci, i prezzi dei nuovi vaccini per l'epatite C sono diminuiti nel corso degli ultimi 2 anni a differenza di quelli anti-retrovirali per il trattamento dell'HIV, che invece sono diminuiti soltanto nell'arco di 10 anni.

Inoltre, il Programma di pre-qualificazione è ormai considerato stabilmente un dispositivo che garantisce la qualità, l'innocuità e l'efficacia di prodotti generici poco costosi che corrispondono ai prodotti originali; ad esempio l'OMS nel 2016 ha pre-qualificato più di 250 prodotti farmaceutici finiti, per trattare le infezioni connesse con l'HIV;

3. Relativamente ai partenariati, il Fondo mondiale per la lotta contro l'Aids, la tubercolosi e la malaria e quelli contro le malattie tropicali neglette si sono dimostrati particolarmente efficaci; in particolare quest'ultimo rappresenta, nella storia della sanità pubblica, una delle partnership (anche con l'industria) più efficaci a livello globale, che ha permesso, nel 2015, a più di 1 miliardo di persone di beneficiare gratuitamente di trattamenti contro malattie particolarmente invalidanti.

4. Con riferimento all'innovazione, la Chan ha sottolineato l'importanza di perseguire questo obiettivo indicando l'esempio del partenariato concluso tra l'OMS e altri partner per produrre un vaccino efficace e a prezzi accessibili contro la meningite A, che ha trasformato la vita di milioni di persone in Africa. L'innovazione è altresì fondamentale per raggiungere gli ambiziosi Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (OSS).

Tenuto conto del grado di competenza tecnica acquisita nel campo della salute, l'OMS ha avuto la capacità di porre al centro dell'agenda sanitaria internazionale alcune tematiche neglette, quali la salute mentale, la resistenza antimicrobica, l'obesità infantile; ovvero a richiamare gli Stati membri ad un maggiore impegno politico in materia di copertura sanitaria universale, di malattie non trasmissibili, di salute materna e neonatale e di lotta alle epatiti virali. Tutto ciò ha prodotto il lancio di iniziative e azioni su grande scala per individuare le soluzioni più appropriate, segnatamente l'iniziativa "Every woman, every child", considerata la più innovativa degli ultimi 10 anni con una diminuzione straordinaria della mortalità materna e infantile.

In ogni caso la tendenza che ha trasformato in maniera più profonda il modo di pensare la sanità pubblica è stata quella dell'aumento delle malattie non trasmissibili croniche, con il passaggio da un modello biomedico, centrato essenzialmente sulla cura, all'adozione di un approccio più ampio focalizzato sulla prevenzione.

Infine, la Drs.sa Chan ha voluto dare alcuni consigli utili per continuare a disegnare il futuro dell'Organizzazione:

- il principio etico centrale deve essere la riduzione delle disuguaglianze, affermando che "l'OMS difende l'equità"; al contempo è necessario potenziare la raccolta dei dati sanitari e

delle anagrafi nonché assegnare alla trasparenza una parte integrante nella formulazione delle strategie sanitarie globali;

- l'evidenza scientifica è il caposaldo delle *policy* sanitarie e deve essere protetta. Tuttavia nessuno è in grado di prevedere se le evidenze attuali riescano a conservare la loro forza di persuasione in un mondo che è entrato, a detta di molti osservatori, in una era post-verità;
- bisogna preservare l'integrità dell'OMS in tutte le collaborazioni con le parti interessate e in questo senso il "Quadro di collaborazione con gli attori non statali" rappresenta lo strumento principale. Sebbene i partner più importanti siano i Ministeri della Salute, i molteplici determinanti di salute comportano il coinvolgimento di settori non sanitari, quali le comunità, i partner, le aziende e le organizzazioni della società civile. Tali organizzazioni sono in grado di responsabilizzare i governi e le imprese quali l'industria del tabacco, le industrie alimentari e quelli di bevande alcoliche e sono le uniche a rappresentare e dar voce alle popolazioni che soffrono.

La Dr.ssa Chan ha concluso chiedendo ai rappresentanti governativi di "Ricordare le persone...Dietro ogni numero c'è un persona che incarna la nostra comune umanità e merita la nostra compassione, specialmente se sofferenza e morte prematura possono essere evitate".

3. Elezione del nuovo Direttore Generale dell'OMS.

In data 23 maggio 2017, i 194 Paesi membri dell'OMS hanno eletto il nuovo Direttore Generale, il Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, per il quinquennio 2017-2022, prescelto tra i 3 candidati selezionati nel gennaio scorso dal Consiglio Esecutivo dell'OMS.

Per la prima volta - a partire dal 1948 - è stato applicato il nuovo Regolamento OMS, che prevede la votazione a scrutinio segreto con un voto per ciascun Stato Membro, indipendentemente dal numero dei suoi abitanti, a differenza del passato quando l'elezione del Direttore Generale era prerogativa dei membri del Consiglio Esecutivo.

L'elezione del Dr. Tedros, candidato dall'Etiopia è avvenuta al terzo turno, con 133 voti, su David Nabarro (50 voti), candidato dal Regno Unito. La terza candidata, dr.ssa Sania Nishtar, presentata dal Pakistan, è stata eliminata nel primo turno di votazioni.

Nella storia dell'OMS, per la prima volta, la *leadership* dell'OMS è stata conferita alla Regione Africana. Il mandato del Dr. Tedros inizia formalmente dal 1 luglio 2017, subentrando all'attuale Direttore Generale OMS, Dr.ssa Margaret Chan, in carica dal 1 gennaio 2007 per due mandati consecutivi.

Il Dr. Tedros è laureato in biologia presso l'Università dell'Asmara nel 1986, ha conseguito un Master di Scienze (MSc); Immunologia delle Malattie infettive, rilasciato dall'Università di Londra nel 1992 ed ha conseguito nel 2000 un Dottorato di Ricerca in Filosofia (Ph.D.), sul tema *Community Health*, presso l'Università di Nottingham.

Dal 2005 al 2012 il Dr. Tedros ha rivestito l'incarico di Ministro della Sanità dell'Etiopia ed ha trasformato il sistema sanitario nazionale, utilizzando tecniche innovative: anziché costruire ospedali, ha guidato un'ampia riforma del sistema sanitario tramite l'ampliamento delle infrastrutture con la creazione di:

- 3.500 centri sanitari e 16.000 unità sanitarie;

- 38.000 posti di lavoro nel settore sanitario, per inviare questi operatori a fornire assistenza in quasi tutte le comunità di tutta l'Etiopia;
- avvio di meccanismi di finanziamento per allargare la copertura assicurativa sanitaria.

Questo programma ha migliorato positivamente la vita di milioni di etiopi, investendo sulle persone e dando luogo a riforme innovative, anche per finanziare le infrastrutture e i sistemi. In particolare è migliorata la salute e il benessere di donne e bambini, che spesso sono i più vulnerabili e meno abbienti: le donne hanno avuto accesso alla pianificazione familiare e acquisito maggior speranza di vita, anche grazie a vaccini e trattamenti per malattie mortali come la polmonite, la malaria e le diarree. In cinque anni il tasso di mortalità dei bambini etiopi, con età inferiore ai cinque anni, è stato ridotto del 28%.

Dal 2012 al 2016 è stato Ministro degli Affari Esteri dell'Etiopia, svolgendo un ruolo chiave negli interventi regionali strategici dell'Etiopia e di mediazione in Sudan e Somalia, acquisendo i seguenti risultati:

- promozione dello sviluppo del Continente Africano, nel ruolo di Presidente del Consiglio Esecutivo dell'Unione Africana;
- promozione di processi negoziali a livello globale, nella stesura dell'Agenda di Azione di Addis Abeba, tappa miliare di una partnership globale per l'acquisizione e il finanziamento degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile, incluso quelli sanitari;
- catalizzazione delle risposte alle emergenze di sanità pubblica, nelle strategie di contrasto adottate dall'Unione Africana per l'epidemia da virus Ebola e nella promozione delle linee-guida dell'OMS.

Dal 2007 al 2009 il Dr. Tedros è stato il Presidente della Partnership "Roll-Back Malaria"(RBM), concorrendo allo sviluppo di nuovi quadri istituzionali, all'erogazione di nuove risorse per la lotta alla malaria e alla creazione del Piano d'Azione globale contro la malaria, che ha esteso la portata di questo programma oltre i confini africani, fino all'Asia e all'America Latina.

Inoltre, il Dr. Tedros ha ricoperto la carica di Presidente del Consiglio Esecutivo del Fondo Globale contro l'AIDS, la tubercolosi e la malaria (2009-2011), contribuendo alla mobilitazione di risorse finanziarie straordinarie per la salute globale e al potenziamento dei sistemi sanitari nazionali.

In qualità di Direttore Generale dell'OMS, il programma del Dr. Tedros è focalizzato, innanzitutto, nel rilancio di una visione strategica incentrata sulle persone, collocando la salute al centro dell'agenda globale e rafforzando la leadership globale dell'Organizzazione, mediante partenariati con diversi settori e un maggior *empowerment* degli Stati Membri.

In particolare, le priorità programmatiche indicate dal Dr. Tedros sono articolate in **cinque aree chiave**:

Salute per tutti - promuovere la copertura sanitaria universale e garantire per tutte le persone l'accesso alle cure sanitarie senza rischi di impoverimento, favorendo l'allocazione di risorse nazionali per la salute, rafforzando l'assistenza sanitaria di base, ampliando l'accesso ai servizi di prevenzione, diagnostica e ai medicinali per impedire la trasmissione di malattie e curare quelle non trasmissibili.

Emergenze sanitarie - migliorare la capacità di preparazione e risposta a livello globale, regionale e nazionale per identificare, prevenire e gestire le epidemie e le emergenze sanitarie, tra cui la resistenza antimicrobica; allo stesso tempo sviluppare sistemi sanitari e di

sorveglianza resilienti per gestire in modo più efficace gli effetti sulla salute, connessi a fenomeni migratori di massa;

Donne, bambini e adolescenti - assicurare la salute ed il benessere delle donne, dei bambini e degli adolescenti. nel quadro di un approccio che assicuri uguaglianza di genere ed equità dei risultati.

Impatti sanitari del clima e cambiamento ambientale - sostegno alle autorità sanitarie nazionali per comprendere meglio e affrontare gli effetti del clima e dell'ambiente e del cambiamento che questi generano sulla salute.

Riforma dell'OMS - contribuire a rendere l'OMS un'agenzia più efficace, trasparente, responsabile, indipendente, fondata sulla scienza e l'innovazione, i cui risultati siano focalizzati e mirati ai problemi della salute. Questo processo di riforme richiederà un nuovo equilibrio e stabilità dell'organizzazione.

Il Dr. Tedros ha dichiarato “Viviamo in un mondo che cambia, e che deve essere in grado di cambiare. Ci attendono nuovi progressi e tante sfide, vecchie e nuove. Cambiamenti climatici e ambientali pongono nuove minacce. Stili di vita insalubri stanno dando origine a malattie non trasmissibili, che mettono in pericolo la salute pubblica. La globalizzazione ha reso facile per gli agenti patogeni di malattie infettive trasformarsi in focolai di pandemie, che minacciano la vita e la sicurezza economica degli Stati. La resistenza antimicrobica sta minacciando la nostra capacità di trattare efficacemente malattie comuni e le infezioni; la mobilità della popolazione, il commercio globale e le disuguaglianze nell'accesso all'assistenza sanitaria di base, e la protezione sociale stanno portando a complesse sfide per la salute.

Immagino un mondo in cui tutti possano condurre una vita sana e produttiva, indipendentemente da chi sono o dove vivono. Credo che l'impegno globale per lo sviluppo sostenibile, sancito dagli obiettivi di sviluppo sostenibile, offra un'opportunità unica per affrontare i determinanti sociali, economici e politici della salute e migliorare la salute e il benessere delle persone in tutto il mondo”.

4. ARGOMENTI DI MAGGIOR RILIEVO

4.1- BILANCIO PROGRAMMATICO DELL'OMS PER IL BIENNIO 2018-2019

A seguito di un lungo percorso di consultazione e trattativa con gli Stati membri, l'Assemblea Mondiale ha adottato una Risoluzione che approva la proposta di aumento del 3% dei contributi obbligatori, pari a un incremento di 28 milioni di \$ USA, rispetto all'importo di 929 milioni di \$ USA del biennio precedente 2016-2017.

Il budget totale dell'OMS è costituito dai contributi obbligatori e da quelli volontari, pagati dagli Stati Membri in base a parametri legati al grado di sviluppo ed al livello di industrializzazione.

Nel biennio 2016-2017, il finanziamento dei programmi OMS ha raggiunto il totale di 4.340 milioni di dollari USA.

Per il biennio 2018-2019 la Risoluzione (**all.3**) fissa l'ammontare del bilancio globale OMS in 4.421 milioni di \$ USA, suddivisi in contributi obbligatori pari a 956.9 milioni di \$ USA e contributi volontari pari a 3.464,6 milioni di \$ USA.

Il bilancio approvato definisce le priorità dell'Organizzazione in linea con gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile dell'Agenda 2030; in particolare, si segnala un aumento di investimenti per il programma emergenze sanitarie di 69,1 milioni di \$ USA e per la lotta alla resistenza antimicrobica di 23,2 milioni di \$ USA.

Rispetto alle sei principali categorie in cui è suddiviso il bilancio OMS, gli stanziamenti previsti dal budget 2018-2019 sono stati così ripartiti:

- malattie trasmissibili: 805,4 milioni di \$ USA;
- malattie croniche non trasmissibili: 351,4 milioni di \$ USA;
- promozione della salute attraverso tutto il ciclo della vita: 384,3 milioni di \$ USA;
- sistemi sanitari: 589,5 milioni di \$ USA;
- programma per le emergenze sanitarie: 554,2 milioni di \$ USA;
- funzionamento e servizi: 715,5 milioni di \$ USA.

La ripartizione del bilancio ha riguardato altre due aree specifiche:

- poliomielite (902,8 milioni di \$ USA) e ricerca sulle malattie tropicali (50 milioni \$ USA) e nel campo della riproduzione umana (68,4 milioni \$ USA) per un totale 1021,2 milioni di \$ USA;
- interventi in caso di epidemie ovvero di crisi e operazioni su larga scala: la tipologia di queste attività non consente l'assegnazione di un budget specifico.

La posizione della delegazione italiana è stata a favore del citato incremento dei contributi obbligatori; all'Italia è stata confermata la percentuale del 3,7482% del totale di finanziamento OMS, come da ulteriore risoluzione approvata in materia di "Scale of assessments for 2018-2019" (**all.4**), che ha già consentito nel 2017 una riduzione dei contributi obbligatori di circa 3 milioni di dollari USA per un importo da erogare all'OMS pari a \$ 17.410.390.

Nel biennio 2018-2019, di conseguenza, l'ammontare dei contributi obbligatori dovuti dall'Italia sarà di 17.932.700 dollari USA per ciascun anno.

4.2 - RISORSE UMANE IN SANITA' ED ESITI DELLA COMMISSIONE DI ALTO LIVELLO DELLE NAZIONI UNITE PER L'OCCUPAZIONE IN SANITA' E LA CRESCITA ECONOMICA.

Il Segretariato dell'OMS ha presentato un report sui progressi compiuti in materia di forza lavoro sanitaria, inclusa la bozza di un Piano di Azione per il periodo 2017-2021.

Le sfide sanitarie del XXI secolo, legate ai cambiamenti demografici, socio-economici, ambientali, epidemiologici e tecnologici, rendono indispensabile il ricorso a personale del settore sanitario e sociale in grado di fornire servizi integrati, centrati sulla persona al fine di garantire la continuità delle cure.

Nel marzo 2016 è stata istituita, dal Segretario Generale dell'ONU, la "Commissione ad alto livello per l'occupazione in sanità e la crescita economica" con l'obiettivo di contrastare la carenza globale di operatori sanitari formati, soprattutto nei Paesi in via di sviluppo. Si è trattato di un'iniziativa politico-strategica volta a dare slancio all'implementazione della Strategia Globale dell'OMS sulle risorse umane in sanità, adottata dall'Assemblea Mondiale di Sanità nel maggio

2016.

Alla luce della crescita e dei futuri cambiamenti demografici, si stima che la domanda globale di operatori sanitari venga raddoppiata entro il 2030; quindi il mandato della Commissione ad Alto livello è quello di produrre raccomandazioni per stimolare e guidare la creazione - entro il 2030 - di circa 40 milioni di nuovi posti di lavoro, previsti nei settori sanitario e sociale, prevalentemente nei Paesi a reddito medio ed elevato.

Tuttavia, questo aumento dei posti di lavoro si accompagna a un deficit potenziale di operatori sanitari, stimato a livello globale in 18 milioni di unità, nel caso in cui la copertura sanitaria universale sia conseguita in maniera durevole entro il 2030, soprattutto nei Paesi a basso e medio reddito.

Il citato Piano di Azione quinquennale invita i Paesi a considerare la forza lavoro nel settore sanitario e sociale come un investimento anziché un costo e a trarre vantaggio dai benefici economici della crescita in tali settori, focalizzandosi anche sulla massimizzazione dell'*empowerment* economico delle donne e della loro partecipazione.

L'OMS collaborerà con l'OIL e l'OCSE per affrontare il deficit di forza lavoro in sanità e nel sociale, tramite lo sviluppo di azioni intersettoriali su cinque fronti: sostegno politico; rafforzamento dati (raccolta, analisi e tracciabilità dei dati nazionali relativi alla forza lavoro sanitaria); educazione, formazione e competenze e posti di lavoro dignitosi per gli operatori sociali e sanitari; aumento delle risorse destinate alla salute e alla forza lavoro sociale; massimizzazione dei vantaggi che possono essere ottenuti dalla mobilità internazionale degli operatori sanitari, in linea con i contesti, le priorità e le specificità a livello nazionale, come indicato dalla **Risoluzione** adottata dall'Assemblea (**all.5**).

4.3 - MIGLIORARE LA PREVENZIONE, LA DIAGNOSI E LA GESTIONE CLINICA DELLA SEPSI.

La sepsi è considerata una delle maggiori cause di mortalità e morbilità neonatale e materna nelle nazioni a medio e basso reddito; colpisce milioni di pazienti ospedalizzati nei Paesi ad alto reddito, dove, peraltro, è in rapido aumento anche la percentuale di questi episodi.

Il report del Segretariato OMS ha sintetizzato la tematica in termini di argomento chiave per la salute globale, illustrando il complesso delle attività realizzate e in via di attuazione, nonché le azioni prioritarie per il futuro.

E' impossibile stimare precisamente l'impatto globale epidemiologico della sepsi. In base al tasso di incidenza grezza estrapolato dai dati statunitensi, ogni anno si stimano 15-19 milioni di casi di sepsi nel mondo. Ulteriori dati indicano fino a 31 e 24 milioni, rispettivamente, i casi di sepsi e di shock settico a livello globale. Si segnala che gli stati clinici risultanti in sepsi causano circa 6 milioni di decessi ogni anno nel mondo, molti dei quali sono prevenibili.

La sepsi può essere scatenata da infezioni causate da batteri, virus, funghi e parassiti. Le infezioni batteriche sono i fattori scatenanti più comuni.

La sepsi è spesso sotto-diagnosticata negli stadi iniziali, proprio quando è ancora potenzialmente reversibile; pertanto la diagnosi precoce e la gestione tempestiva ed appropriata sono cruciali prima che le condizioni dei pazienti peggiorino e diventino fatali.

La sepsi può essere causata anche da infezioni acquisite in ambiente ospedaliero, principalmente dovute a batteri resistenti agli antibiotici. Si calcola che, annualmente, centinaia di milioni di pazienti sono colpiti da infezioni associate alle cure ospedaliere e che, in Europa, circa 80mila pazienti ospedalizzati vadano incontro ad almeno un episodio di infezione ospedaliera ogni giorno.

Nei Paesi ad alto reddito circa il 30% dei pazienti ricoverati nelle unità di terapia intensiva contraggono almeno una di queste infezioni. La percentuale raddoppia o, addirittura, triplica nelle terapie intensive dei Paesi con basso-medio reddito e la frequenza di infezioni associate a dispositivi medici è tredici volte maggiore che negli USA. Inoltre, i bambini nati in ospedali di questi Paesi sono più a rischio di sepsi neonatale (con un tasso di infezioni 20 volte più elevato rispetto a quello delle nazioni ad alto reddito).

Un fattore determinante per la mancata risposta al trattamento e di rapida evoluzione verso la sepsi e lo shock settico è considerato la resistenza agli antibiotici.

Nel 2010 è stata lanciata l'Alleanza Globale contro la Sepsis, organizzazione no profit, che ha contribuito, tra l'altro, alla promozione della Giornata Mondiale contro la Sepsis (il 13 settembre) e al Congresso Mondiale sulla Sepsis, tenutosi nel 2016.

La risposta dell'OMS alla sepsi è parte integrante degli ampi sforzi dell'Organizzazione volti a combattere le cause della mortalità materna, pediatrica e neonatale; a prevenire le infezioni associate alle cure ospedaliere e le infezioni epidemiche, causate da patogeni altamente trasmissibili; a migliorare la gestione clinica delle malattie trasmissibili, inclusa l'identificazione dei regimi di trattamento più efficaci da inserire nella lista OMS dei Farmaci Essenziali.

Al fine di mitigare la mortalità associata alla sepsi, la Campagna di Sorveglianza per la Sepsis ha sviluppato delle linee guida che raccomandano la somministrazione di terapia antibiotica empirica entro 1 ora dal riscontro di sepsi o di shock settico nei pazienti adulti e in quelli pediatrici.

Il Segretariato continua a fornire supporto ai Paesi nei loro sforzi finalizzati a rafforzare ovvero attuare programmi di prevenzione e controllo delle infezioni, per ridurre l'impatto endemico ed epidemico delle infezioni associate alle cure sanitarie.

Nel 2016 sono state pubblicate le nuove linee guida, basate sull'evidenza, allo scopo di fornire supporto agli sforzi nazionali di *capacity building*, comprese quelle relative alla predisposizione di piani di azione sulla resistenza antimicrobica.

Sono state formulate altresì procedure e specifiche raccomandazioni per la prevenzione della sepsi associata a procedure invasive, quali gli interventi chirurgici e l'impianto di dispositivi invasivi (ad esempio i cateteri vascolari) e per la prevenzione di infezioni dovute a batteri resistenti.

Negli ultimi anni, l'OMS e l'Iniziativa sui Farmaci per le Malattie Tropicali Neglette hanno collaborato alla creazione di un partenariato di ricerca e sviluppo di antibiotici a livello globale, per individuare nuovi trattamenti antibiotici e promuoverne l'accesso equo e sostenibile, inclusa la conservazione ottimale degli stessi.

Questo partenariato ha consentito anche di sviluppare sia un nuovo trattamento di prima linea per la sepsi neonatale sia nuovi antibiotici per i patogeni multi-resistenti, nonché studi da condurre nelle strutture dove è maggiore la presenza di resistenza antimicrobica, per determinare l'efficacia e la sicurezza dei nuovi trattamenti, comparandoli con le terapie esistenti.

Nella risoluzione approvata dai delegati (**all.6**), i Paesi membri sono chiamati a rafforzare le politiche e i processi relativi alla sepsi, soprattutto per prevenire le infezioni e l'ulteriore diffusione della resistenza antimicrobica. Viene sottolineata l'importanza di potenziare la formazione degli operatori sanitari per riconoscere e affrontare efficacemente le varie condizioni, migliorare il monitoraggio e la segnalazione dei casi, promuovere la ricerca per sviluppare ulteriori strumenti per la diagnosi e il trattamento della sepsi.

Viene richiesto all'OMS di richiamare l'attenzione sull'impatto della sepsi nell'ambito della sanità pubblica, tra l'altro con la pubblicazione - entro la fine del 2018 - di un report, che descriva l'epidemiologia globale e il carico della malattia e identifichi approcci di successo per integrare la diagnosi tempestiva e la gestione della sepsi nel contesto dei sistemi sanitari attuali.

Detta risoluzione impegna l'Organizzazione a sostenere i Paesi nella definizione di standard e nello sviluppo delle linee-guida necessarie, nella creazione di infrastrutture, capacità di laboratorio, strategie e strumenti in grado di ridurre l'incidenza delle complicazioni e il tasso di mortalità, dovuto alle complicanze della sepsi.

Infine, l'OMS dovrà collaborare con le altre organizzazioni del sistema delle Nazioni Unite, i partner, le altre organizzazioni internazionali e gli stakeholder, per consentire ai Paesi di migliorare l'accesso a trattamenti contro la sepsi che siano di qualità, efficaci, convenienti e sicuri, unitamente a strumenti per la prevenzione e il controllo delle infezioni, tra cui le vaccinazioni, in particolare nei Paesi in via di sviluppo, tenendo conto comunque delle iniziative già esistenti in questo campo.

4.4-PREPARAZIONE AL TERZO INCONTRO AD ALTO LIVELLO DELL'ASSEMBLEA GENERALE DELLE NAZIONI UNITE SU PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE MALATTIE NON TRASMISSIBILI.

Con il meeting ONU di Alto Livello sulla prevenzione e controllo delle malattie non trasmissibili, svoltosi a New York il 19 e 20 settembre 2011, per la prima volta i leader dei Paesi membri delle Nazioni Unite si sono riuniti per discutere della principale minaccia alla salute pubblica e per lanciare una strategia globale finalizzata a dare impulso e coordinare le politiche nazionali e regionali di lotta a queste patologie, con l'adozione finale di una "Political Declaration on the prevention and control of Non Communicable Diseases"

Nel secondo incontro, tenutosi nel luglio 2014, sono stati indicati gli obiettivi nazionali da raggiungere sviluppando e incrementando le partnership, le collaborazioni a livello regionale, nazionale e internazionale, nonché la cooperazione per prevenire e controllare tali malattie.

Con la Risoluzione 69.6 l'Assemblea Mondiale della Sanità ha definito gli ambiti entro i quali sarà organizzato a New York il terzo meeting ad alto livello, previsto nel settembre 2018, per aggiornare lo stato dell'arte e monitorare i progressi compiuti in base al "Piano di Azione Globale OMS per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili (NCD) 2013-2020".

Tale Piano di Azione contiene una lista, denominata "Appendix 3", di interventi raccomandati (policy option) per ciascuno dei sei obiettivi di seguito riportati:

1. priorità accordata alle NCD,
2. rafforzamento della leadership e *governance*,
3. fattori di rischio
4. sistemi sanitari
5. ricerca
6. monitoraggio e valutazione.

Il Consiglio Esecutivo dello scorso gennaio ha richiesto di sottoporre una versione aggiornata di tale documento ai fini della presentazione all'Assemblea Mondiale della Sanità (v. Risoluzione EB140.R7).

Secondo stime dell'OMS, indicate nel report presentato dal Direttore Generale, i dati sulle morti premature causate dalle malattie trasmissibili sono i seguenti: nel 2015 15 milioni di persone sono decedute tra i 30 e i 69 anni, di cui l'80% è dovuto alle 4 principali malattie non trasmissibili, quali malattie cardiovascolari, cancro, diabete e malattie respiratorie croniche.

Nonostante che il numero di Paesi con un piano operativo in materia di malattie non trasmissibili sia aumentato dal 32% (2010) al 50% (2013), molti Paesi, in particolare quelli in via di sviluppo, continuano a incontrare gravi difficoltà nel “passare dall’impegno all’azione”.

Tale situazione è creata anche dagli scarsi progressi compiuti dagli Stati Membri circa gli impegni presi durante gli incontri ad alto livello. Secondo l’OMS gli ostacoli principali sono :

1. mancanza di esperienza politica per integrare le misure di contrasto alle malattie non trasmissibili nelle risposte nazionali agli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile;
2. mancata richiesta di assistenza tecnica, da fornire attraverso canali bilaterali e multilaterali, per il rafforzamento della capacità nazionale;
3. cambiamento dei modelli di finanziamento sanitario;
4. insufficiente capacità analitica, amministrativa e legale volta ad orientare la tassazione nazionale sui prodotti nocivi per la salute, al fine di assicurare l’auto-finanziamento della risposta nazionale;
5. l’interferenza dell’industria che blocca l’implementazione di alcune misure.

Al fine di aiutare gli Stati Membri a superare tali criticità, il Segretariato OMS ha continuato a incrementare l’assistenza tecnica attraverso il complesso delle attività elencate nell’area 2.1, dedicata alle malattie non trasmissibili, del programma finanziario OMS 2016-2017.

Alla luce delle nuove evidenze scientifiche (2015), dell’emergenza di nuove evidenze circa il rapporto costo-efficacia e al fine di affinare la formulazione di alcuni interventi sulla base delle lezioni apprese, *l’Appendix n.3* al Piano di Azione di prevenzione e controllo delle malattie non trasmissibili 2013-2020 è stata aggiornata con particolare riferimento all’obiettivo 3, fattori di rischio, e presentata dall’OMS agli Stati Membri nell’aprile 2017 durante un incontro informale, che è servito a fornire chiarimenti sull’analisi relativa agli interventi inclusi ex-novo.

Il dibattito assembleare ha visto la presa di posizione a favore dell’adozione del documento e del relativo allegato da parte di quasi tutti gli Stati Membri secondo varie motivazioni: consente di basare l’approccio sulle evidenze per raggiungere i target volontari fissati per le NCD ed ha un buon rapporto costo-efficacia. Particolare attenzione è stata posta sulle misure volte a ridurre l’esposizione ai fattori di rischio per le NCD, tra queste la tassazione delle bevande zuccherate e del tabacco, il divieto di pubblicizzare il tabacco e la riformulazione di prodotti alimentari con un ridotto contenuto di sale.

Sono state individuate ulteriori azioni volte a migliorare il controllo delle NCD, quali le terapie farmacologiche, soprattutto per diabete e ipertensione, la gestione del post infarto e dell’ictus e lo screening del cancro alla cervice per le donne.

La Francia ha sottolineato l’importanza di interventi molteplici che comprendano quelli farmacologici e non, nonché azioni di sostegno ed accompagnamento dei pazienti nel percorso di cura; ha chiesto che l’attività di controllo e prevenzione si mantenga in ambito strettamente tecnico e non politico, facendo prevalere l’approccio di adattamento al contesto nazionale ed evitando imposizioni.

La Federazione Russa ha affermato che le NCD rappresentano un’area chiave di lavoro dell’OMS e indicato la necessità di intensificare i livelli di cooperazione a livello regionale e globale quale programma prioritario.

Le voci non allineate sulle posizioni degli altri Stati Membri dell’OMS sono state quelle di Stati Uniti e India, che hanno anche presentato una dichiarazione congiunta in merito, e dell’Italia.

La delegazione italiana ha effettuato due interventi, motivando la mancata approvazione della versione aggiornata dell'*Appendix 3* in relazione all'approccio e alle azioni consigliate per l'obiettivo 3 (fattori di rischio), finalizzati alla riduzione dell'impatto delle NCD tramite interventi nel campo della nutrizione.

Nel primo intervento (**all.7**) è stato rilevato che il documento in questione continua a essere focalizzato su interventi mirati alla riduzione del consumo di specifici nutrienti (sale, zucchero, ecc.), senza evidenziare sufficientemente i benefici di una dieta variata e "salutare", che non esclude alcun alimento e al contempo limita l'introito di calorie. Il valore di questo approccio, adottato ampiamente dalla popolazione dell'aera mediterranea, è comprovato, ad esempio, dalla longevità degli italiani e dalle positive modifiche riscontrate di recente nel trend dell'obesità infantile nel nostro Paese.

E' stata espressa, anche, preoccupazione per l'opzione, indicata nell'*Appendix 3*, relativa alla riduzione del consumo di zucchero tramite una tassazione delle bevande zuccherate, facendo riferimento alla richiesta di ulteriori analisi e studi circa l'efficacia di tale tassazione sulla riduzione delle malattie non trasmissibili croniche, tuttora non dimostrata a sufficienza, tenuto conto che le NCD hanno cause multifattoriali e sono molto influenzate da molteplici e differenti comportamenti dei consumatori.

Inoltre, gli interventi previsti per la limitazione dell'introito di specifici nutrienti, con particolare riferimento alla tassazione degli stessi, potrebbero condurre - soprattutto nelle fasce di popolazione meno abbienti - a ulteriori comportamenti nutrizionali nocivi e scelte non salutari, quali il consumo di altre categorie di *junk food*.

A causa delle posizioni dissonanti, è stato istituito un *drafting group* per la revisione del testo della Risoluzione, che tuttavia non ha prodotto consenso unanime.

Nel secondo intervento (**all.8**), l'Italia ha espresso l'apprezzamento per il lavoro, svolto dal Direttore Generale e dal Segretariato dell'OMS, connesso all'approvazione della decisione sull'*Appendix 3*, anche se non ha condotto al risultato atteso dalla delegazione italiana.

E' stata, quindi, ribadita la posizione italiana, in linea con quella degli Stati Uniti, favorevole alla prevenzione e il controllo delle NCD tramite interventi multidisciplinari, mirati alla popolazione nel suo complesso e a livello individuale, supportati da chiare evidenze scientifiche e basati preferibilmente su approcci di tipo volontario, che tengano conto del contesto nazionale, delle tradizioni locali e del livello di istruzione della popolazione. Tuttavia, nello spirito di collaborazione, l'Italia ha dichiarato di non voler ostacolare la procedura di approvazione per consenso.

L'Assemblea Mondiale di Sanità ha adottato la risoluzione nella versione originale (**all.9**), approvando l'*Appendix 3* aggiornata del "Piano di Azione globale per la prevenzione e il controllo delle malattie trasmissibili 2013-2020", con la registrazione agli atti della WHA delle dichiarazioni finali di USA e India.

4.5-PREVENZIONE E CONTROLLO DEL CANCRO NEL CONTESTO DI UN APPROCCIO INTEGRATO.

Il cancro è la seconda causa di mortalità a livello globale e rappresenta un problema di rilevanza crescente per la sanità pubblica: nel 2012 ci sono stati 141 milioni di casi a livello globale e 8.2 milioni di decessi correlati al cancro. Entro il 2030 si stima che il numero di casi aumenterà fino a 21,6 milioni per anno.

Circa il 70% dei decessi viene rilevato nei Paesi a basso-medio reddito, dove il tasso di mortalità aumenta più rapidamente, mettendo a dura prova sistemi sanitari già vulnerabili che non sono in

grado di fronteggiare il carico di tale malattia.

Per contrastare efficacemente tale situazione è necessario disporre di dati precisi ed in particolare di registri affidabili, unitamente a programmi di monitoraggio e valutazione: l'84% dei Paesi membri dell'OMS è dotato di un registro del cancro, ma soltanto 1 Paese su 5 di quelli a basso-medio reddito dispone dei dati necessari per orientare le politiche in materia.

Sulla base delle conoscenze attuali, si possono evitare da un terzo alla metà di tutte le neoplasie; tale percentuale può aumentare nella misura in cui viene estesa la comprensione dei fattori di rischio e vengono elaborati i relativi interventi di prevenzione.

Le neoplasie sono causate da una vasta gamma di fattori di rischio, correlati alle malattie non trasmissibili/NCD (tabagismo, dieta non salutare, sedentarietà, uso nocivo dell'alcol), all'obesità, alle infezioni, all'inquinamento dell'aria indoor e outdoor, alla presenza di prodotti chimici nell'ambiente e all'esposizione nei luoghi di lavoro.

Tenuto conto di tale scenario, il Segretariato ha riepilogato il complesso delle iniziative intraprese dall'OMS sulla tematica:

- sostegno ai Paesi membri nello sforzo di sviluppare, rafforzare, realizzare e monitorare piani nazionali di controllo del cancro e di rendere prioritari interventi - con un rapporto di costo-efficacia - nella prevenzione e controllo delle NCD;
- produzione di materiale tecnico a supporto della pianificazione e messa a punto di strategie di prevenzione sul cancro da parte degli Stati Membri, incluse le pubblicazioni e le attività relative alla "Convenzione Quadro sul Controllo del Tabacco" (FCTC);
- promozione dell'attività fisica e della dieta salutare, riduzione dell'abuso di alcol e attivazione di programmi vaccinali;
- sviluppo di strategie per promuovere lo screening e la diagnosi precoce, con particolare attenzione allo sviluppo di un approccio globale per il controllo del cancro della cervice uterina, quale il programma congiunto dell'OMS e della "Task Force Inter-Agenzia per la prevenzione e il controllo delle malattie trasmissibili", insieme a 7 Organizzazioni delle Nazioni Unite (IAEA, IARC, UNAIDS, UNFAPA, UNICEF, the UN Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women), finalizzato a sostenere i Paesi nella prevenzione e controllo del cancro della cervice;
- identificazione prioritaria di dispositivi medici;
- rafforzamento dei servizi per le cure palliative;
- analisi di selezionati interventi di controllo del cancro con indice di costo-efficacia;
- aggiornamento (nel 2015) della Lista OMS dei Farmaci Essenziali, fornendo una guida per le indicazioni al trattamento e per i farmaci di 33 neoplasie e, allo stesso tempo, sostegno ai Paesi nella negoziazione di farmaci a prezzi più bassi;
- conduzione di indagini periodiche della capacità di controllo del cancro, quali l'indagine globale dell'OMS sulla capacità nazionale relativa alle malattie non trasmissibili;
- lancio dell'"Iniziativa Globale per lo sviluppo di un Registro sul cancro", guidata dalla

IARC, l'Agazia dell'OMS specializzata nella ricerca sul cancro, che costituisce un riferimento su scala globale per le informazioni sull'argomento, tramite l'Osservatorio Globale sul Cancro. Quest'ultimo è una piattaforma on-line, che usa i dati ricavati da vari progetti IARC, fra cui GLOBOCAN, e le monografie sull'incidenza del cancro in cinque continenti; tali monografie rappresentano l'approccio internazionale più completo per la valutazione e l'identificazione degli agenti cancerogeni.

I delegati dell'Assemblea Mondiale della Sanità hanno concordato sulla necessità di attuare una serie di misure per migliorare e incrementare l'accesso alla prevenzione, alla diagnosi precoce, al trattamento del cancro e alle cure palliative con l'approvazione della risoluzione che si allega (**all.10**).

Gli Stati Membri sono chiamati a sviluppare ed implementare piani nazionali per il controllo del cancro, basati sui profili epidemiologici nazionali, con risorse adeguate, meccanismi di monitoraggio e trasparenza, ricercando anche sinergie con altri trattamenti sanitari, nell'ambito del contrasto alle malattie non trasmissibili e in linea con i target fissati dall'Agenda 2030.

Devono essere implementate *policy* con un rapporto di costo-efficacia, allo scopo di ridurre l'impatto del cancro, ad esempio imponendo tasse elevate su tabacco e alcol; eliminando l'esposizione al fumo di tabacco; limitando la commercializzazione di cibi e bevande non alcoliche ai bambini; assicurando la qualità degli spazi aperti pubblici e adeguate infrastrutture per lo svolgimento dell'attività fisica; riducendo l'inquinamento atmosferico; promuovendo l'accesso alla vaccinazione contro il papilloma virus.

Queste politiche devono basarsi su dati accurati e, quindi, sullo sviluppo e mantenimento dei registri sul cancro, sulla sorveglianza dei fattori di rischio, sul rafforzamento dei registri anagrafici e dei sistemi informativi sanitari.

E' necessario, altresì, promuovere la disponibilità, a prezzi sostenibili, di farmaci (in particolare, di quelli che figurano nella lista OMS dei farmaci essenziali e non solo), di vaccini e di prodotti diagnostici di qualità, sicuri ed efficaci contro il cancro.

Inoltre, gli Stati devono assicurare che la forza lavoro sanitaria abbia appropriate competenze e capacità per il controllo complessivo del cancro, attraverso programmi di formazione, addestramento e adeguato reclutamento.

Nella risoluzione, infine, viene richiesto all'OMS di rafforzare la collaborazione con gli attori non statali, le università e le fondazioni filantropiche con l'obiettivo di incentivare la messa a punto di nuovi farmaci anticancro efficaci e dai costi adeguati, nonché di presentare entro la fine del 2019 il primo rapporto mondiale sul cancro, focalizzato sulle politiche di sanità pubblica nell'ambito di un approccio integrato, in collaborazione con l'Agazia IARC e il coinvolgimento di tutti gli attori interessati, incluse le persone sopravvissute al cancro.

4.6- PREVENZIONE DELLA SORDITA' E DELLA PERDITA DI UDITO

A seguito della risoluzione EB 139.R1 sulla prevenzione della sordità e la perdita di udito, approvata dal Consiglio Esecutivo in occasione della sessione di maggio 2016, il Segretariato OMS ha delineato la situazione attuale: 360 milioni di persone (quasi il 5% della popolazione mondiale), di cui 32 milioni di bambini, vivono con disabilità legate alla perdita di udito. Circa 180 milioni di persone con età superiore ai 65 anni - vale a dire il 30% di questo gruppo di popolazione - sono affette da una perdita di udito, che limita la comprensione di una normale conversazione.

La maggior parte dei casi di perdita di udito possono essere evitati e gestiti positivamente, tramite interventi con un buon rapporto costo-efficacia, come nei casi di seguito indicati:

- malattie infettive (parotite, meningite, infezione da citomegalovirus e da morbillo) e complicanze alla nascita (prematrità, basso peso alla nascita, l'asfissia e ittero neonatale). Nel primo caso si calcola che il 60% della perdita di udito dei bambini è prevenibile, in quanto le cause sono evitabili con le vaccinazioni e le abituali pratiche di igiene; nel secondo caso (il 17%) è necessario, invece, migliorare la salute neonatale;
- l'uso di farmaci ototossici, quali gli aminoglicosidi e alcuni farmaci per la malaria;
- l'esposizione ricreativa ai rumori, soprattutto da parte di adolescenti e giovani adulti: si intende per tale esposizione l'utilizzo nocivo di sistemi audio personali, oltre che l'esposizione in circostanze ricreative, quali discoteche, club, bar, concerti, manifestazioni sportive e altro. La prevenzione è rappresentata dalla consapevolezza del possibile danno e dalle pratiche di ascolto "sicuro";
- l'esposizione professionale. E necessaria l'attuazione efficace della legislazione per il controllo del rumore ambientale e occupazionale per mitigare il rischio di perdita permanente dell'udito.

Tuttavia, la scarsità di dati epidemiologici di qualità, a livello locale e nazionale, sulla perdita dell'udito comporta una consapevolezza insufficiente del problema. Il 90% circa delle persone affette da perdita di udito vive nelle nazioni a basso-medio reddito e il residuo 10% vive nelle nazioni con elevato tenore di vita.

Durante il dibattito in assemblea plenaria, alcuni Paesi hanno associato la condizione di sordità a quella della demenza e della depressione (Giappone, Nepal) e vari Paesi Africani hanno sottolineato alcune iniziative a livello nazionale, che potrebbero rappresentare modelli-guida per la prevenzione, nonché la necessità di attivare azioni multisettoriali (Algeria, Congo, Zimbabwe); nel Nord Africa è stato siglato un accordo fra OMS e Unione Internazionale per le Telecomunicazioni al fine di rendere compatibili i dispositivi telefonici alle persone sorde o ipo-udenti.

E' emersa, inoltre, la necessità di interventi sulla formazione degli operatori e per contrastare la carenza di chirurghi specialisti in molti Paesi in via di sviluppo, tenuto conto dell'aumento della popolazione sorda e ipoudente negli ultimi anni, anche in relazione all'allungamento della vita media (Tailandia, Cina, Russia, Indonesia). Il Venezuela ha istituito una fabbrica nazionale di protesi auricolari che vengono offerte gratuitamente ai bambini con ridotte capacità uditive, unitamente a un servizio specialistico per le popolazioni indigene.

I delegati hanno condiviso la necessità di intensificare le azioni per prevenire la sordità e i deficit uditivi, adottando all'unanimità la Risoluzione allegata, che è stata considerata di fondamentale importanza (**all.11**).

I Governi sono richiamati a integrare le strategie di cura per la sordità e i deficit uditivi nell'ambito dei servizi di sanità di base (copertura sanitaria universale); a realizzare programmi di formazione per i sanitari; a porre in essere programmi di prevenzione e screening per la popolazione ad alto rischio; a migliorare l'accesso a prodotti e tecnologie assistive per l'ascolto di qualità elevata, sostenibili e con un buon rapporto costo-efficacia.

Il Segretariato OMS dovrà preparare un rapporto mondiale sulla tematica e sostenere i Paesi membri nelle strategie per ridurre la perdita di udito, segnatamente quella dovuta all'esposizione al rumore.

4.7- PIANO DI AZIONE GLOBALE PER I VACCINI (GVAP).

L'Assemblea Mondiale di Sanità ha rilevato, con preoccupazione, la lentezza eccessiva dei progressi compiuti sino ad oggi dagli Stati membri nel raggiungimento degli obiettivi fissati nel Piano di Azione Globale per i Vaccini 2012-2020, approvato dall'OMS nel 2012 in vista di eradicare la poliomielite, eliminare il morbillo e la rosolia, il tetano materno e neonatale e favorire

un accesso più equo ai vaccini salva-vita.

Si stima che la vaccinazione consenta di evitare da 2 a 3 milioni di decessi all'anno e un miglioramento della copertura vaccinale su scala globale possa evitare un ulteriore milione e mezzo di decessi su base annuale.

A partire dal 2010 la copertura vaccinale media è aumentata solo dell'1% a livello globale e più di 19 milioni di bambini nel mondo non hanno ricevuto la copertura vaccinale di base.

Nel 2015, 68 Paesi non sono riusciti a ottenere la copertura vaccinale nazionale di almeno il 90% della terza dose del vaccino DPT (difterite, pertosse, tetano); inoltre in altri 26 Paesi non sono stati registrati cambiamenti nei livelli di copertura e in 25 Paesi è stata segnalata una diminuzione rilevante della copertura sin dal 2010.

Tuttavia, 16 Paesi hanno compiuto progressi notevoli, tra i quali l'Etiopia, l'India e la Repubblica Democratica del Congo, con particolare riguardo ai gruppi vulnerabili e marginalizzati. Altri 111 Paesi, che disponevano già di una copertura vaccinale elevata a inizio decennio, sono riusciti a mantenerla sino al 2015, proiettandosi verso obiettivi più ambiziosi, vaccini aggiuntivi e copertura vaccinale più equa.

Il Gruppo OMS di esperti sui vaccini (SAGE) è fermamente convinto che la vaccinazione sia, su scala mondiale, uno dei mezzi più efficaci ed economici contro la minaccia di malattie emergenti, avendo un impatto rilevante sullo sviluppo sociale ed economico della popolazione; ribadisce il contributo fondamentale dei vaccini e della immunizzazione in materia di preparazione e risposta alle epidemie, incluse quelle dovute ad agenti patogeni emergenti, e alla lotta alla resistenza antimicrobica. Nel report di valutazione redatto dal SAGE nel 2016 si rileva che i progressi compiuti non sono sufficienti, essendo stato conseguito soltanto 1 dei 6 obiettivi di medio termine, fissati dal citato Piano di Azione.

Di conseguenza è stata approvata una Risoluzione (**all.12**), che richiama gli Stati membri a garantire una leadership e guida più solida nella gestione dei sistemi nazionali di immunizzazione, con l'indicazione di una serie di azioni sotto-elencate:

- migliorare l'efficacia e l'efficienza dei programmi di vaccinazione nazionale, quale parte integrante di sistemi sanitari solidi e sostenibili, con l'allocatione di adeguate risorse umane e finanziarie, secondo le priorità stabilite a livello nazionale;
- rafforzare le procedure e l'istituzione di organismi consultivi, ai fini di una valutazione indipendente, trasparente e basata sull'evidenza, segnatamente la sicurezza e l'efficacia dei vaccini, quali le valutazioni per gli interventi e le tecnologie sanitarie e/o i Gruppi tecnici consultivi nazionali, che lavorano in collaborazione con le autorità regolatorie nazionali;
- potenziare i meccanismi per il monitoraggio e la gestione efficiente dei fondi per i programmi di vaccinazione a tutti i livelli;
- garantire l'utilizzo di dati aggiornati, inclusi - se possibile - i dati disaggregati per sesso relativi alla copertura vaccinale, allo scopo di orientare le scelte strategiche e programmatiche, finalizzate a proteggere la popolazione a rischio e ridurre il carico delle malattie;
- rendere disponibili aggiornamenti e informazioni dettagliate sull'efficacia e la sicurezza dei vaccini;
- consolidare i sistemi di monitoraggio e presa in carico degli eventi avversi a seguito di

vaccinazioni;

- incrementare e sostenere i sistemi di sorveglianza, investendo nel sistema di rilevazione e notifica, in analisi di routine e sistemi di rendicontazione dati;
- promuovere campagne informative sulle vaccinazioni, ribadendo i benefici per la salute pubblica, oltre che l'innocuità e l'efficacia dei vaccini;
- rafforzare i sistemi di immunizzazione, le procedure e le *policy* che sono necessarie per conseguire e mantenere un elevato livello di copertura vaccinale;
- ampliare i servizi vaccinali oltre l'età infantile e pediatrica, comprendendo l'intero ciclo di vita, utilizzando i mezzi più appropriati ed efficaci per raggiungere altri gruppi anagrafici e popolazioni ad alto rischio, nell'ambito dell'offerta di servizi sanitari integrati;
- potenziare le misure a livello nazionale e internazionale per assicurare l'applicazione del Regolamento Sanitario Internazionale (2005), che intende prevenire la diffusione internazionale delle malattie;
- assicurare, a livello nazionale, i necessari investimenti per sostenere i benefici ottenuti con l'immunizzazione, grazie al supporto dell'Iniziativa Globale per l'eradicazione della Poliomielite e dell'Alleanza GAVI;
- continuare ad accrescere la collaborazione internazionale per raggiungere gli obiettivi strategici del Piano di Azione globale dei vaccini, in particolare lo sviluppo di capacità per la produzione di vaccini e tecnologie, sostenibili dal punto di vista finanziario sia a livello nazionale che regionale, tramite la collaborazione e lo scambio.

Nella citata risoluzione viene richiesto all'OMS, tra l'altro, di continuare a collaborare con tutti i partner per sostenere la ricerca, sviluppo e produzione di vaccini per la lotta a patogeni nuovi e ri-emergenti; di rafforzare il programma di pre-qualificazione OMS e fornire assistenza tecnica ai Paesi in via di Sviluppo per la ricerca e sviluppo, trasferimento di tecnologie e strategie per la messa a punto e produzione di vaccini, in grado di consentire una sana concorrenza sul mercato dei vaccini.

4.8- PROMOZIONE DELLA SALUTE DEI MIGRANTI

Le migrazioni non hanno mai avuto l'intensità riscontrata negli ultimi anni: nel 2015 sono stati calcolati più di 244 milioni di migranti internazionali (circa il 3,5% della popolazione mondiale), con un incremento di 77 milioni (il 41%) in rapporto all'anno 2000, di cui il 48% è costituito dalle donne.

La maggior parte dei migranti lascia volontariamente il proprio Paese, alla ricerca di migliori possibilità economiche, sociali ed educative; tuttavia, l'attuale fase storica è caratterizzata da flussi migratori continui nel tempo e di grandi dimensioni, causati anche da contingenze internazionali, tensioni sociali e conflitti: ai migranti economici sempre più si sostituiscono e si aggiungono persone in fuga da situazioni di crisi e richiedenti protezione internazionale.

Alla fine del 2015 si stimano, a livello globale, più di 21 milioni di rifugiati e 3 milioni di richiedenti asilo, ai quali si aggiungono 736 milioni di migranti interni (circa l'11% della popolazione mondiale), tra i quali più di 40 milioni sono coloro che si sono trasferiti all'interno del

proprio Paese.

Questi sono i dati contenuti nel rapporto presentato dal Segretariato OMS, in cui sono riepilogati l'attuale contesto globale e le sfide sanitarie associate a flussi massivi di migranti e rifugiati, nonché il complesso delle iniziative intraprese a livello regionale e globale, individuando le azioni prioritarie per il futuro in relazione ai contenuti della Risoluzione WHA 67.17 del 2008.

Sin dal marzo 2016, l'OMS ha modificato il suo approccio alla tematica "migrazioni e salute", passando da un visione meramente umanitaria a una prospettiva favorevole al più ampio rafforzamento dei sistemi sanitari e alla promozione della copertura sanitaria universale.

Si evidenzia come, nel settembre 2016, si è tenuto anche un *side-event* su "La salute nel contesto delle migrazioni e di trasferimenti forzati", a margine dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite, organizzato congiuntamente dall'Italia, Sri Lanka, OMS, OIM e UNHCR. E' stata la prima volta che la salute dei migranti e rifugiati è stata oggetto di dibattito nell'ambito dell'Assemblea Generale ONU.

L'OMS, inoltre, facendo parte del Gruppo di Lavoro su "Migrazioni, diritti umani e genere" in seno al Gruppo Globale sulle Migrazioni, ha contribuito in maniera rilevante alla redazione della bozza di linee guida e principi sulla protezione dei diritti umani dei migranti, in situazioni di vulnerabilità, dovute a flussi migratori di grandi dimensioni e/o misti. Questa iniziativa ha posto l'accento sull'assenza di protezione dei diritti individuali, in particolare il diritto alla salute, sperimentato dai migranti vulnerabili, che non hanno accesso alla protezione conferita dallo status di rifugiato.

L'Organizzazione ha partecipato pienamente alle discussioni sui contenuti della "Dichiarazione di New York sui rifugiati e migranti" per verificare che gli impegni di carattere sanitario fossero incorporati nella dichiarazione medesima.

Al vertice delle Nazioni Unite sui flussi di rifugiati e migranti su larga scala, tenutosi il 19 settembre 2016, l'Assemblea Generale ha sottoscritto tale Dichiarazione, che ribadisce la necessità della solidarietà, del supporto internazionale e della condivisione di responsabilità per migliorare la protezione dei migranti e dei rifugiati.

Fanno parte della Dichiarazione anche due documenti, in vista dell'adozione del Global Compact, che si realizzerà nel 2018, rispettivamente il Patto mondiale sui rifugiati denominato "Global Compact on refugees" e l'altro sui migranti "Global compact for safe, orderly and regular migration".

La salute, tuttavia, non figura in nessuna delle 6 sessioni tematiche previste per l'elaborazione del "Global Compact per una migrazione sicura, ordinata e regolare", nonostante la salute sia una questione trasversale e prerequisito per lo sviluppo sostenibile.

Al fine di garantire che gli aspetti connessi alla salute siano tenuti nella dovuta considerazione, l'OMS è attivamente impegnata a fornire input e informative, sulle questioni sanitarie, per le 6 sessioni tematiche del menzionato Global Compact.

Nel gennaio 2017 il Consiglio Esecutivo ha adottato la Decisione EB140(9), in cui veniva richiesto al Segretariato di preparare, tra l'altro, una bozza del documento quadro sulle "Priorità e principi guida per la promozione della salute dei rifugiati e dei migranti", in collaborazione con l'OIM e l'UNHCR, per la discussione e approvazione da parte dell'Assemblea Mondiale della Sanità di quest'anno.

Tale documento è in linea con gli obiettivi dell'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile, che identifica migranti, rifugiati e persone sfollate quali gruppi vulnerabili, e richiama al pieno rispetto

dei loro diritti umani, riconoscendo il positivo contributo dei migranti per la crescita inclusiva e lo sviluppo sostenibile.

Questo documento quadro si basa anche sulle risoluzioni e strategie esistenti, quali “La Strategia e il Piano di Azione sulla salute dei rifugiati e dei migranti nella Regione Europea dell’OMS” e la risoluzione sulla salute dei migranti (Comitato Regionale OMS delle Americhe), entrambi approvati nel settembre 2016.

Allo scopo di soddisfare i bisogni di salute di migranti e rifugiati, gli Stati Membri ed altri soggetti interessati dovrebbero prendere in considerazione le seguenti priorità:

- promuovere e difendere una strategia coerente sulla salute dei rifugiati e dei migranti, a livello globale, regionale, nelle agende nazionali e nella predisposizione dei piani di contingenza. In particolare, è necessario sostenere l’inclusione degli aspetti sanitari dei rifugiati e dei migranti nel “Patto Globale sui rifugiati” e nel “Patto globale per un processo migratorio sicuro, ordinato e regolare”;
- promuovere politiche sanitarie, protezione giuridica e interventi programmatici, che prendano in carico i bisogni dei migranti e rifugiati, integrando un approccio di sanità pubblica e l’accesso equo e universale a servizi sanitari di qualità, comprese le cure palliative, la protezione contro i rischi finanziari e l’accesso a farmaci e vaccini di base, sicuri, efficaci e dal costo sostenibile, tenendo conto del contesto, delle politiche e normative nazionali. A tale riguardo, sarà necessario modificare e/o migliorare i quadri regolamentari e giuridici, per assicurare che si tenga conto di questi aspetti sanitari nella pianificazione sanitaria locale e nazionale;
- rafforzare i sistemi di monitoraggio e di informazione sanitaria per analizzare le tendenze in materia di salute dei migranti e rifugiati; condurre ricerche; identificare, raccogliere e facilitare lo scambio di esperienze e la condivisione delle lezioni apprese tra gli Stati, nonché la creazione di un database inclusivo di tutte le esperienze più rilevanti nei Paesi coinvolti;
- proteggere e migliorare la salute e il benessere delle donne, dei bambini e degli adolescenti, che vivono nei campi dei rifugiati e dei migranti. La priorità deve essere accordata ai servizi sanitari essenziali, quali la salute sessuale e riproduttiva, la salute materna e neonatale, la prevenzione, il trattamento e la presa in carico di malattie trasmesse sessualmente e cure specializzate per le vittime di violenza sessuale;
- promuovere la continuità e la qualità delle cure, erogate ai migranti e rifugiati dal settore pubblico e privato, con particolare riferimento alle persone disabili, affette da HIV, tubercolosi e malaria, problemi di salute mentale o altre malattie croniche, ovvero portatori di traumi fisici;
- realizzare, potenziare e applicare misure per la prevenzione della salute e la sicurezza sui luoghi di lavoro, in cui sono impiegati lavoratori rifugiati e migranti;
- sostenere misure finalizzate a migliorare la comunicazione e a combattere la xenofobia, cercando di disperdere - nelle popolazioni ospitanti - timori e malintesi relativi alle conseguenze sanitarie delle migrazioni e degli spostamenti; condividere informazioni accurate circa l’impatto esatto dei migranti e rifugiati sulla salute delle comunità e dei servizi sanitari locali; fornire ai migranti e rifugiati informazioni tempestive, appropriate e facili da comprendere, sui servizi sanitari disponibili nei Paesi di origine, transito e

destinazione;

- rafforzare i partenariati e i meccanismi di coordinamento e collaborazione inter-settoriale tra Paesi e istituzioni per creare sinergie ed efficienze, incluso il sistema delle agenzie delle Nazioni Unite, in particolare l'OIM e l'UNHCR; rafforzare il legame tra l'azione umanitaria e lo sviluppo per migliorare il coordinamento tra gli attori nel campo umanitario e quelli dello sviluppo nel settore sanitario; potenziare la mobilitazione delle risorse che consentano ai Paesi di ottenere finanziamenti flessibili e pluriennali e alle comunità di rispondere ai bisogni di salute immediati, a medio e lungo termine dei migranti e rifugiati; individuare criticità e mezzi innovativi di finanziamento per garantire un utilizzo più efficace delle risorse.

Tenuto conto della rilevanza e dell'attualità sempre crescente del tema dell'immigrazione, il Ministero della Salute ha promosso e finanziato il progetto "PHAME - Public health aspects of migrations in Europe", in collaborazione con l'ufficio regionale europeo dell'OMS (OMS EURO). Si tratta di uno studio ad hoc, che è iniziato nel 2012 e terminerà nel 2019, con l'obiettivo di rafforzare le capacità di preparazione e risposta dei 53 Stati Membri dell'OMS Europa, attraverso la realizzazione di alcuni interventi rivolti fondamentalmente alla tutela sanitaria delle popolazioni migranti.

Il Ministero della Salute, inoltre, ha avuto un ruolo di leadership, sia nel complesso e articolato processo di consultazione che nello sviluppo e formulazione della "Strategia e Piano di Azione sulla salute dei rifugiati e dei migranti nella Regione Europea dell'OMS", approvati durante il Comitato Regionale dell'OMS svoltosi a Copenaghen nel settembre 2016.

Nel contesto degli impegni assunti e delle attività poste in essere dal Ministero della Salute in materia di salute e migrazioni, l'Italia e l'Argentina hanno proposto una bozza di risoluzione, conducendo – in parallelo ai lavori dell'Assemblea - lunghe e complesse negoziazioni, che hanno consentito l'approvazione per consenso del testo allegato da parte dell'Assemblea (**all.n.13**), in cui si adotta il documento quadro delle priorità e principi guida, sopra citati, per la promozione della salute dei rifugiati e dei migranti.

Si allega anche lo Statement della Presidenza UE, redatto dall'Italia e dal Lussemburgo quali *burden-sharer* sull'argomento (**all.14**).

Nella risoluzione approvata si richiede al Direttore Generale dell'OMS quanto segue :

- identificare le migliori pratiche, esperienze e lezioni apprese sulla salute dei migranti e rifugiati in ciascuna Regione dell'OMS per contribuire all'elaborazione di una bozza di Piano di Azione globale sulla salute dei migranti e dei rifugiati, da sottoporre all'Assemblea Mondiale della Sanità nel 2019;
- sviluppare, rafforzare e consolidare le capacità necessarie per guidare la leadership nella promozione della salute dei migranti e rifugiati, in collaborazione con l'OIM e l'UNHCR, le altre organizzazioni internazionali e i principali stakeholder.

4.9– RISPOSTA GLOBALE PER IL CONTROLLO DEI VETTORI

Durante i lavori del Consiglio Esecutivo di gennaio 2017, il Segretariato ha presentato un report relativo al controllo e alla risposta alle malattie trasmesse da vettori, che costituiscono una minaccia alla salute delle società in tutto il mondo.

A seguito delle osservazioni e commenti emersi nel corso della discussione, è stato richiesto al Segretariato di presentare una bozza di risoluzione da sottoporre all'Assemblea Mondiale della

Sanità. A tal fine, detto report è stato modificato in alcuni paragrafi per coprire anche il settore della schistosomiasi, oltre a quelli già presenti e relativi alle più importanti patologie trasmesse da vettori (dengue, malaria, filariosi, oncocerciasi, chikungunya, malattia di Chagas, leishmaniosi, malattia da virus Zika, febbre gialla, encefalite giapponese).

L'impatto di queste patologie è elevato nelle aree tropicali e subtropicali e si stima che l'80% della popolazione viva in una zona in cui è presente almeno una di queste patologie, con un rischio più elevato nelle città, dove i vettori proliferano a causa di habitat favorevoli e il contatto con l'uomo è frequente. Inoltre, nelle popolazioni più povere i tassi di mortalità e morbilità risultano sproporzionalmente alti e coloro che sopravvivono alla malattia, spesso, sono sfigurati o divengono disabili.

Fattori ambientali, demografici, sociali hanno alterato il profilo di trasmissione patogena, con il risultato di una maggiore diffusione ed estensione dell'area geografica interessata, nella riemersione delle patologie o in un allungamento della stagione in cui le malattie sono favorevolmente trasmesse. L'urbanizzazione selvaggia, la mancanza di forniture di acqua corrente o di una gestione dei rifiuti solidi, la resistenza agli insetticidi e i cambiamenti dei comportamenti dei vettori pongono la popolazione delle città a rischio di malattie virali trasmesse da zanzare.

Sin dal 2014, rilevanti epidemie di dengue, malaria, chikungunya, febbre gialla e Zika virus hanno colpito le popolazioni e sovraccaricato i sistemi sanitari.

La maggior parte delle citate patologie può essere evitata tramite interventi diretti contro i vettori, correttamente applicati, che rappresentano strumenti di sanità pubblica con un rapporto elevato di costo-efficacia. La riduzione dell'incidenza per malaria, oncocerciasi e malattia di Chagas è ampiamente dovuta a un forte impegno politico e finanziario e a massicci investimenti nel controllo dei vettori.

La lotta ai vettori e i sistemi di monitoraggio, inoltre, devono essere flessibili per supportare approcci che tengano conto dei bisogni a livello locale; allo stesso tempo, i sistemi sanitari devono essere preparati per individuare i cambiamenti e rispondere in maniera rapida ed efficace.

Tuttavia, la lotta globale contro le malattie trasmesse da vettori è complicata da ulteriori difficoltà, fra cui la competizione per ottenere finanziamenti di programmi per malattie non trasmesse da vettori ed il mancato apprendimento delle lezioni apprese dalla gestione di altre patologie. Tale capacità richiede sia la disponibilità di strumenti efficaci di controllo sia di personale ben formato, competente anche in entomologia in sanità pubblica, in grado di costruire sistemi sostenibili e resilienti per gli interventi di controllo, basati sull'evidenza.

Nel giugno 2016, il Segretariato ha avviato con gli Stati Membri, le organizzazioni non governative, i gruppi scientifici e di ricerca, un ampio processo di consultazione rapida sulla "Risposta globale di controllo dei vettori 2017-2030", la cui bozza finale è stata diffusa entro la fine del medesimo anno. Si tratta di un documento strategico di guida per i Paesi e i partner per il rafforzamento urgente del controllo dei vettori, quale approccio fondamentale di prevenzione delle malattie e di risposta alle epidemie.

L'obiettivo è quello di aumentare significativamente i programmi di controllo, sostenuti da un incremento numerico dello staff tecnico, da sistemi più robusti sia di sorveglianza che di monitoraggio, oltre che dal potenziamento delle infrastrutture.

Entro il 2030 si dovrà ridurre del 75% la mortalità globale, dovuta a malattie trasmesse da vettori, con risultati di medio termine del 20% entro il 2020 e del 50% entro il 2025; nello stesso periodo la morbilità dovrebbe essere ridotta del 25% e del 40%.

Questa strategia è fondata su due elementi chiave:

- rafforzare le capacità dei sistemi sanitari, umani e infrastrutturali a livello locale;
- incrementare sia la ricerca di base ed applicata, sia l'innovazione per lo sviluppo di nuovi strumenti;

e sui seguenti quattro pilastri:

- **Rafforzamento della collaborazione e delle azioni inter e intra-settoriali.**

La collaborazione con settori non sanitari deve essere ampliata, insieme a un migliore coordinamento delle attività nell'ambito del settore sanitario (ad esempio, iniziative per acqua, sanificazione e igiene). I programmi nazionali di controllo dei vettori devono diventare parte integrante delle strategie di sviluppo nazionale per la riduzione della povertà e la resilienza al cambiamento climatico. E' altrettanto importante il coinvolgimento dei Ministeri dell'agricoltura, istruzione, ambiente, finanze, turismo e trasporti.

- **Coinvolgimento e mobilitazione delle comunità.**

Tenuto conto del ruolo fondamentale svolto dalle comunità nella prevenzione, controllo e eliminazione delle malattie legate ai vettori, il successo e la sostenibilità degli interventi per il controllo dei vettori richiedono non solo un buon coordinamento fra i vari soggetti interessati, ma dipendono anche dallo sfruttamento delle capacità e delle conoscenze a livello locale. E' necessario mobilitare le comunità affinché siano responsabili delle misure e dell'attuazione delle azioni di sorveglianza e controllo dei vettori, tramite approcci fondati sulla partecipazione.

- **Aumento della sorveglianza entomologica e del monitoraggio e valutazione degli interventi.**

Poiché la capacità di trasmissione dei patogeni varia a seconda delle specie di vettori, la loro suscettibilità alle misure di controllo può variare in base a specie, ubicazione e periodo di tempo, dipendendo da fattori locali e ambientali. Il controllo dei vettori, quindi, deve essere implementato sulla base di dati locali aggiornati.

• **Rafforzare e integrare gli approcci e gli strumenti.**

E' necessario considerare il contesto epidemiologico ed entomologico. Ogni intervento di controllo dei vettori in un particolare ambiente deve prevedere elevati livelli di qualità e ottima copertura. Un singolo strumento può avere effetti multipli contro vari vettori e malattie. Si devono prevedere strategie integrate per ridurre l'habitat dei vettori, modificando l'ambiente domestico (ad esempio, migliorando l'approvvigionamento di acqua per evitarne il deposito a domicilio) ovvero impedendo ai vettori di entrare nelle abitazioni (ad esempio applicando schermature a porte e finestre).

L'OMS ha stimato che la realizzazione completa delle attività prioritarie per il periodo 2017-2022 richiederà un investimento annuale di 330 milioni di dollari USA.

L'Assemblea Mondiale ha adottato la risoluzione (**all.15**).

4.10-PIANO DI AZIONE GLOBALE SULLA RISPOSTA DI SANITA' PUBBLICA ALLA DEMENZA 2017-2025.

Nel giugno 2016 il Segretariato dell'OMS ha redatto la bozza del Piano di Azione sulla risposta di sanità pubblica alla demenza, elaborata sulle evidenze contenute nel rapporto pubblicato nel 2012 dall'OMS e dall'Alzheimer's Disease International (ADI); quest'ultima è la Federazione

Internazionale che riunisce 85 Associazioni in tutto il mondo e svolge, da 10 anni, un'intensa attività di advocacy sulla questione.

Il Piano di Azione si fonda, inoltre, sugli esiti della Conferenza Ministeriale sulla Azione Globale contro la Demenza, tenutasi nel marzo 2015, ed è allineato con gli obiettivi dell'Osservatorio Globale sulla Demenza dell'OMS, una piattaforma di scambio per il monitoraggio e le conoscenze, utile anche a rafforzare i sistemi sanitari e le politiche collegate alla cura e al trattamento della demenza; il citato piano di azione risponde, anche, alle determinazioni assunte in sede ONU, per cui tutti gli esseri umani devono poter raggiungere il loro potenziale in dignità e uguaglianza.

Nel 2015, la demenza ha colpito 47 milioni di persone a livello globale (circa il 5% della popolazione anziana) e, alla luce di stime effettuate, il numero dei malati raggiungerà i 75 milioni nel 2030 e 132 milioni nel 2050: uno scenario allarmante, tenendo presente che il 60% delle persone affette da demenza vive in Paesi a basso-medio reddito e che il costo globale della malattia, stimato nel 2015 pari a 818 miliardi di dollari USA, arriverà nel 2030 alla cifra di 2 miliardi di dollari USA.

Attualmente, esiste un divario importante tra i bisogni in termini di prevenzione, di trattamento e presa in carico della demenza, e le prestazioni effettivamente erogate. A livello globale, la demenza è sotto-diagnosticata e, se viene effettuata una diagnosi, si tratta generalmente di uno stadio relativamente avanzato. Per le persone affette da demenza, i percorsi delle cure a lungo termine (dalla diagnosi sino alla fine della vita) sono spesso frammentati, se non del tutto inesistenti. Il fatto che questa patologia sia misconosciuta e sottovalutata comporta spesso una stigmatizzazione e costituisce un ostacolo alla diagnosi e cura.

Di conseguenza, il Piano di Azione invita i governi a raggiungere precisi obiettivi sul fronte di: una maggiore consapevolezza della demenza; la riduzione dei rischi; la diagnosi e l'assistenza; il supporto ai familiari e ai *caregiver*; la ricerca.

L'obiettivo principale del Piano di Azione è, pertanto, quello di migliorare la qualità di vita delle persone affette da demenza, dei loro familiari e di chi se ne prende cura, nonché di sostenere le loro necessità secondo i principi del rispetto, della dignità, della autonomia e dell'uguaglianza sulla base dei seguenti principi guida intersettoriali:

- **Diritti umani delle persone affette da demenza:**
le politiche, i programmi, la legislazione, gli interventi e le azioni devono essere sensibili ai bisogni, alle aspettative e ai diritti umani delle persone con demenza, in coerenza con la Convenzione sui Diritti delle Persone con Disabilità ed altri strumenti giuridici regionali e internazionali relativi ai diritti umani.
- **Coinvolgimento delle persone con demenza e di chi se ne prende cura:**
le persone affette da demenza, i *caregiver* e le organizzazioni che le rappresentano devono essere resi consapevoli e pienamente coinvolti nelle politiche, nella legislazione, nella pianificazione e fornitura dei servizi, nelle attività di advocacy, monitoraggio e ricerca;
- **Pratiche basate sull'evidenza per la riduzione del rischio e la cura della demenza:**
è importante sviluppare strategie e interventi per la riduzione del rischio e la cura della demenza, che sia centrata sulla persona, con un buon rapporto costo-efficacia, sostenibile e accessibile, prendendo in considerazione i principi di sanità pubblica e gli aspetti culturali.
- **Collaborazione multisettoriale per la risposta di sanità pubblica alla demenza:**
una risposta coordinata e globale alla demenza richiede la collaborazione fra tutte le parti interessate, al fine di migliorare la prevenzione, la riduzione del rischio, la diagnosi, il

trattamento e la cura. Per raggiungere tale livello di collaborazione, serve sia il coinvolgimento a livello governativo di tutti i principali settori pubblici - compresi la sanità (armonizzando le azioni esistenti per le malattie non trasmissibili, per la salute mentale e l'invecchiamento), i servizi sociali, l'istruzione, il lavoro, la giustizia, la sistemazione abitativa - sia il partenariato con le maggiori entità del settore privato e della società civile.

- **Copertura sanitaria universale e copertura di assistenza sociale:**

strutturare e realizzare programmi sanitari nell'ottica della copertura sanitaria universale, che includano la protezione del rischio finanziario e l'accesso equo ad un'ampia offerta di servizi di promozione, prevenzione, diagnosi e cura (incluso il sostegno sociale, riabilitativo e palliativo), per tutte le persone affette da demenza e per coloro che le assistono.

- **Equità:**

tutti gli sforzi tesi ad implementare le risposte di sanità pubblica alla demenza devono favorire l'uguaglianza di genere e tener conto della prospettiva di genere, senza trascurare tutte le vulnerabilità specifiche del contesto nazionale, in coerenza con l'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile, la quale afferma che i soggetti vulnerabili (compresi quelli con disabilità, gli anziani e i migranti) devono essere resi consapevoli.

- **Adeguate attenzione alla prevenzione della demenza, alla cura, all'assistenza:**

è necessario utilizzare sia le conoscenze attuali e l'esperienza già acquisita sia sviluppare nuove conoscenze, per scoprire trattamenti in grado di modificare la malattia o di guarirla, nonché interventi efficaci di riduzione del rischio e modelli innovativi di cura.

Nel piano sono state individuate sette aree di azione, che prevedono indicatori sul loro stato di avanzamento, di seguito riportati:

1. Demenza quale priorità di sanità pubblica.

Nel menzionato report del 2012 veniva già fornito un resoconto sull'impatto della demenza a livello globale e, a quella data, soltanto 8 Stati membri dell'OMS avevano in atto un piano nazionale sulle demenze.

2. Consapevolezza.

I Governi e le associazioni Alzheimer dovrebbero lavorare congiuntamente per aumentare la consapevolezza della demenza, che è la vera chiave per poter progredire.

3. Riduzione del rischio.

Il rischio di sviluppare la demenza sarà certamente inferiore, se entro il 2025 tutti i Paesi raggiungeranno gli obiettivi previsti dal Piano.

4. Diagnosi, trattamento, cura e supporto.

Tra le azioni necessarie, il Piano suggerisce agli Stati di misurare la qualità e i dati dell'assistenza, di assicurare al malato che riceve la diagnosi di demenza almeno 1 anno di assistenza, gestita da un operatore specializzato, e prevedere le cure palliative;

5. Sostegno ai prestatori di cure.

Viene sottolineata l'importanza di far vivere i malati nelle comunità e l'urgenza di sostenere i familiari nella vita quotidiana, predisponendo programmi mirati con l'inclusione, ad esempio, dell'assistenza domiciliare o il miglioramento dei trasporti;

6. Sistemi informativi per la demenza.

Al fine di migliorare i servizi è necessario inserire - tra gli indicatori relativi all'assistenza per la demenza - sia la qualità dell'assistenza sia l'esperienza nel trattamento di persone con demenza.

7. Ricerca e innovazione.

A livello globale la ricerca e l'innovazione nelle terapie farmacologiche e non, riferite alla demenza, sono decisamente sotto-finanziate, soprattutto in relazione al numero delle persone colpite e ai costi che devono sostenere la comunità e le famiglie. E' necessario che gli Stati investano di più e l'ADI raccomanda di destinare alla ricerca almeno l'1% del costo globale della demenza.

Nel corso del dibattito, gli interventi degli Stati Membri sono stati focalizzati su alcuni aspetti riguardanti, tra l'altro, il nesso della demenza con l'invecchiamento (Togo, Giappone, Filippine), la necessità di politiche intersettoriali (India, Colombia), la carenza di farmaci efficaci e screening adeguati (Tailandia, Bangladesh), il sostegno a stili di vita salutari (Ecuador, Maldive, Messico) e il supporto alle famiglie e comunità (Australia, Azerbaigian).

Il Portogallo ha ricordato che la demenza rappresenta uno stigma per le nostre società, comportando anche una violazione dei diritti umani: la discriminazione e la violenza vanno contrastate e il Piano proposto dall'OMS va nella giusta direzione. A tale dichiarazione si è allineato il Brasile, proponendo una Risoluzione riguardante i diritti umani delle persone affette da demenza, da sottoporre al Consiglio ONU.

Il Dr. Oleg Chestnov, Vice Direttore Generale OMS, ha affermato che questo è un primo passo verso il riconoscimento dei diritti delle persone con demenza, pur ammettendo che le risorse sono limitate.

In conclusione, il Piano di Azione è stato approvato all'unanimità con la decisione allegata (**all. 16**) e segna un passo importante nella lotta alla demenza, aprendo una nuova prospettiva sulla diagnosi, sull'assistenza e sulla terapia, affrontando i principali problemi della politica sulla demenza allo scopo di ridurre l'impatto a livello locale e globale.

Attualmente soltanto 29 dei 194 Stati membri dell'OMS, la metà dei quali in Europa, hanno sviluppato un piano sulla demenza: in questo senso l'Organizzazione invita i governi a predisporre con urgenza piani ovvero politiche socio-sanitarie e assistenziali sulla demenza, provvedendo al finanziamento, attuazione e monitoraggio. I Paesi dovranno riferire periodicamente all'OMS sullo stato di avanzamento dei rispettivi Piani di Azione nel periodo 2017- 2025.

4.11- PREPARAZIONE ALLA PANDEMIA INFLUENZALE

Il report, presentato dal Direttore Generale durante i lavori della WHA, riprende le conclusioni del Gruppo di Revisione del "Quadro di preparazione alla pandemia influenzale" (Pandemic Influenza Preparedness Framework-PIP), che ha deciso di prorogare fino al febbraio 2018 l'applicazione della decisione - già approvata nel 2012 - inerente la condivisione dei ceppi influenzali e l'accesso ai vaccini.

Il rischio di un'altra pandemia influenzale è sempre presente, pur non potendone prevedere il periodo o l'impatto. Il "Quadro di preparazione alla pandemia influenzale" (PIP), istituito nel 2011, costituisce un nuovo strumento internazionale per rafforzare sia la condivisione dei virus influenzali aventi un potenziale pandemico umano che la preparazione dei Paesi in via di sviluppo,

il loro accesso a vaccini e ad altre dotazioni in caso di pandemia.

In effetti, il PIP oltre a creare maggiore equità e solidarietà tra le nazioni, consente all'OMS - in occasione di una eventuale futura pandemia influenzale - l'accesso, in tempo reale, a circa il 10% della produzione mondiale di vaccini, permettendo l'invio di dosi salva-vita ai Paesi in via di sviluppo che ne avessero bisogno.

Dopo 5 anni si è reso necessario un processo di revisione del PIP, anche a seguito del numero crescente di minacce alla salute aventi impatto internazionale (ad esempio, MERS-CoV, virus Ebola, virus Zika), per le quali la solidarietà globale ha avuto molta importanza nel superamento delle barriere politiche, operative e di capacità.

A tale riguardo, il Gruppo di Revisione ha analizzato la condivisione dei virus influenzali attraverso il "Sistema Globale di Risposta e Sorveglianza" (GISRS) e valutato l'implementazione delle relative attività da parte dei partner e degli accordi di trasferimento di materiale (SMTA), nonché la gestione dei dati di sequenze genetiche, grazie anche al collegamento con altri programmi e strumenti (ad esempio, il Piano di Azione globale sui vaccini influenzali, il Regolamento Sanitario Internazionale, il Protocollo di Nagoya) e all'interazione con partner chiave, quali l'industria farmaceutica e la società civile.

Il PIP offre anche utili approfondimenti per condividere altri patogeni e, in proposito, il Gruppo di Revisione ha sollecitato il raccordo con il Regolamento Sanitario Internazionale, per rafforzare la *capacity building* a livello nazionale.

Nel 2016 il Gruppo di Revisione si è riunito diverse volte a Ginevra e ha prodotto il corposo documento presentato all'Assemblea Mondiale di Sanità, suddiviso nelle seguenti sezioni:

- analisi globale;
- condivisione dei virus;
- dati sulle sequenze genetiche,
- condivisione dei vantaggi;
- *governance*;
- collegamento ad altri programmi OMS e ad altri strumenti legali.

Durante il dibattito assembleare i delegati hanno ribadito il ruolo fondamentale svolto dal PIP, sottolineando l'importanza di dare priorità a questo argomento e di sostenere la preparazione alla risposta alla pandemia influenzale anche attraverso il rafforzamento della sorveglianza interna stagionale del virus dell'influenza, la produzione e la capacità di regolamentazione, il coordinamento e la collaborazione internazionale attraverso il GISRS, per individuare rapidamente virus influenzali con potenziale pandemico; è stato convenuto, inoltre, che il modello PIP abbia il potenziale per essere utilizzato per altri agenti patogeni.

L'Assemblea ha convenuto che il Segretariato OMS dovrà esaminare in maniera approfondita, insieme con gli Stati membri e le parti interessate, compreso il GISRS, le implicazioni della modifica di definizione di materiali biologici, per includervi i dati sulle sequenze genetiche e ampliare il quadro PIP con l'influenza stagionale.

L'Assemblea ha approvato la decisione (**all.17**).

4.12 – POLIOMIELITE

Dal 1988, anno in cui l'OMS ha sollecitato l'attenzione e l'impegno degli Stati membri per il raggiungimento dell'eradicazione della poliomielite a livello globale, sono stati registrati significativi progressi, illustrati nel rapporto presentato dal Segretariato OMS.

Nel medesimo anno è stata lanciata l'Iniziativa di Eradicazione globale della Polio (Global Polio Eradication Initiative/GPEI) e, ad oggi, il numero di casi di polio è sceso di oltre il 99,9%.

Infatti, la trasmissione del poliovirus selvaggio è ai più bassi livelli di sempre, con un totale di 28 casi rilevati in alcune aree del Pakistan, Afghanistan e Nigeria: in particolare, la trasmissione endemica si riferisce al poliovirus selvaggio di tipo 1, mentre il poliovirus selvaggio di tipo 2 è stato dichiarato eradicato nel 2015 e il poliovirus selvaggio di tipo 3 non è più rilevato dal 2012.

Nel 2016, invece, è stata registrata nel Laos la circolazione del poliovirus di tipo 1 derivato da vaccino e in Nigeria quella di poliovirus tipo 2 derivato da vaccino, per i quali l'OMS ha rafforzato la sorveglianza. I progressi compiuti sono ascrivibili anche al coinvolgimento degli Stati Membri e alla mobilitazione di più di 20 milioni di volontari per la distribuzione di vaccini a 400 milioni di bambini nel mondo, salvandoli dalla paralisi.

In termini economici, gli sforzi per eradicare la polio hanno prodotto, inoltre, un risparmio di circa 50 milioni di dollari, da impiegare per altri interventi sanitari salva-vita. Tuttavia, questi progressi sono da considerare ancora fragili perché i rischi e le conseguenze di un eventuale fallimento porterebbero ad una nuova diffusione del virus oltre le frontiere delle aree endemiche, raggiungendo 200.000 casi in una decina di anni.

Nel 2014 l'OMS ha dichiarato la poliomielite "Emergenza di sanità pubblica di interesse internazionale"(PHEIC) e ha richiamato gli Stati Membri all'implementazione del "Piano Strategico di eradicazione della poliomielite 2013-2018", approvato con la Risoluzione 68.3 del 2015.

Nel maggio 2016 è stato ultimato il passaggio da vaccino orale trivalente a vaccino orale bivalente, completando così la prima fase del processo di sostituzione dei vaccini orali, che culminerà con il loro ritiro, una volta certificata la eradicazione di tutti i poliovirus selvaggi a livello globale.

Nell'aprile 2016, l'Iniziativa di Eradicazione Globale della Polio ha pubblicato i dettagli del bilancio 2016-2019, registrando un decremento della spesa dal 2017 per ciascuna regione e nazione e per alcune attività. Inoltre, grazie al generoso supporto della comunità internazionale, compresi gli Stati Membri, le organizzazioni multilaterali, la banca di sviluppo e le fondazioni, è stato pienamente assicurato il bilancio 2016 per le attività pianificate.

Il Segretariato ha lavorato ad una bozza di documento di posizione intersettoriale, in cui si specificano i rischi e opportunità dell'eradicazione della polio e il supporto dato agli Stati Membri nella gestione dei programmi e del personale.

In particolare, nell'allegato al documento è proposta una serie di azioni da portare a termine entro il 2017 ai tre livelli di organizzazione, nella gestione coordinata dei finanziamenti e delle risorse umane e nello sviluppo di un piano di azione strategico sulla transizione.

I delegati hanno adottato la decisione (**all.18**) sul Piano di transizione proposto, richiedendo al Direttore Generale di prendere in considerazione la transizione post-polio come priorità organizzativa urgente e hanno sottolineato la necessità di garantire che tale esigenza sia integrata nel predisporre il bilancio 2020-2021 e nel prossimo programma generale di lavoro dell'OMS.

4.13 – DIMENSIONE DI SANITA' PUBBLICA DEL PROBLEMA MONDIALE DELLE SOSTANZE STUPEFACENTI.

Il rapporto del Segretariato dell'OMS fornisce un aggiornamento sullo sviluppo della Risoluzione dell'Assemblea Generale dell'ONU S-30/1, che adotta il documento dei Capi di Stato e di Governo, redatto nell'aprile 2016, in cui si afferma la necessità di rafforzare la cooperazione fra le agenzie delle Nazioni Unite - nell'ambito dei rispettivi mandati - per sostenere gli Stati Membri nell'attuazione dei trattati internazionali sul controllo delle sostanze stupefacenti e nella promozione, protezione e rispetto dei diritti umani e della dignità di tutti gli individui, nell'ambito dei programmi, delle strategie e delle politiche sulle sostanze stupefacenti.

Anche l'Obiettivo di Sviluppo Sostenibile (OSS) n.3, in particolare il target 3.5, implica l'impegno dei governi a rafforzare la prevenzione e il trattamento delle sostanze da abuso.

Altri target OSS consentono di dare enfasi alle raccomandazioni operative, correlate alla salute, incluse nel documento finale. Fra questi OOS: il target 3.3, che fa riferimento alla fine dell'epidemia di AIDS e alla lotta alle epatiti virali; il target 3.4 che fa riferimento alla prevenzione sia al trattamento delle malattie non trasmissibili sia alla promozione della salute mentale; il target 3.8, che fa riferimento alla copertura sanitaria universale; il target 3.b, che fa riferimento all'accesso ai farmaci essenziali.

Ciò richiede un nuovo livello di sforzi coordinati anche da parte degli organismi dell'ONU (principalmente fra OMS, UNODC e INCB), pur nel riconoscimento della Commissione sulle sostanze stupefacenti, quale organo politico delle Nazioni Unite responsabile della materia.

Nel febbraio 2017, OMS e UNODC hanno firmato un Memorandum di intesa, per rafforzare e allargare la cooperazione sulla dimensione di sanità pubblica del problema inerente le sostanze stupefacenti; sono state focalizzate sei aree principali:

- prevenzione dell'uso di droghe;
- prevenzione e trattamento delle patologie correlate all'uso di droghe;
- accesso ai farmaci sotto controllo internazionale;
- nuove sostanze psicoattive;
- prevenzione, diagnosi, trattamento e cura e supporto per l'HIV, epatiti virali e tubercolosi nella popolazione tossicodipendente e carceraria;
- prevenzione della violenza e della mortalità legata alla violenza;
- monitoraggio del consumo di droghe e delle conseguenze sociali e sanitarie.

L'OMS, nell'ambito del proprio mandato, intensificherà la funzione normativa nei settori della prevenzione, dell'intervento precoce, del trattamento, delle cure, della riduzione del danno, della riabilitazione e dell'integrazione sociale, con attenzione ai problemi correlati alla droga e alle comorbidità.

Pertanto, verranno regolarmente forniti periodici aggiornamenti sull'evidenza dell'efficacia e della costo-efficacia degli interventi e delle strategie di prevenzione e trattamento, verrà migliorata la raccolta delle informazioni attraverso i sistemi di dati già esistenti a livello regionale e globale, nonché disseminate le buone pratiche a supporto della formulazione e dell'implementazione delle strategie, prendendo in considerazione i bisogni specifici di bambini, giovani e donne.

Uno degli esempi di collaborazione fra OMS e UNODC, riguardante la riduzione della domanda, comprende lo sviluppo di criteri per il trattamento dei problemi droga-correlati, la promozione di criteri internazionali sulla prevenzione delle droghe, la cooperazione nell'ambito dell'iniziativa "Ascoltare prima", la raccolta di informazioni su buone pratiche di interazione, orientate verso la sanità pubblica, fra i settori sanitario e legislativo.

OMS e UNODC continueranno a organizzare sessioni informative congiunte e incontri tecnici tra esperti e consultazioni scientifiche. La discussione è stata molto partecipata con interventi da parte degli Stati Membri, che hanno descritto la situazione a livello nazionale. La situazione è ritenuta grave e richiede uno sforzo collettivo secondo un approccio di cooperazione internazionale.

L'OMS sta supportando oltre 20 Paesi africani per affrontarla, soprattutto nel campo dell'educazione e della riabilitazione (Togo, Filippine, Bangladesh); fondamentale è anche il sostegno di altre agenzie ONU, prima fra tutte UNODC (Portogallo, Svizzera, Corea del Sud). L'accordo fra le due agenzie dello scorso febbraio è stato anche criticato (Guatemala) ed è stata espressa perplessità sulla lentezza delle azioni normative e di contrasto messe in campo da UNGASS, rispetto alla velocità del ritmo con cui vengono scoperte nuove sostanze.

Il rapporto UNGASS 2016, comunque, ha rappresentato un passo avanti per accordarsi su trenta raccomandazioni operative, che hanno anche risvolti di salute, oltre che economici e sociali. Viene richiesta coerenza nelle politiche e considerazione per il consumo di cannabis a fini terapeutici, basato sulla evidenza, pur considerando la relazione fra uso di cannabis, disordini mentali e incidenti stradali (Giamaica, Panama).

In particolare, gli USA hanno richiesto che l'OMS ponga attenzione al commercio, presente sul web, in materia di sostanze stupefacenti per uso a fini terapeutici. Per contro, da più parti si è rilevata la lentezza del riconoscimento terapeutico della cannabis a causa del timore di un suo impiego per pratiche non mediche (Russia, Vietnam).

Il problema della droga andrebbe inquadrato a pieno titolo nel mandato dell'OMS e non solo di UNGASS, per cui occorre ricontrattare gli accordi e dare più forza al mandato dell'OMS in questo settore. Infatti, è stato sottolineato da più Paesi il diritto alla salute include tutti e gli stessi Obiettivi di Sviluppo Sostenibile richiedono la cooperazione globale (Norvegia, Colombia, Belgio, Iran).

Altri aspetti del problema rappresentati dai Paesi hanno riguardato: le malattie trasmissibili che colpiscono i tossicodipendenti, l'uso alternativo alle droghe di alcuni principi attivi per il sollievo del dolore, nonché la necessità di prestare particolare attenzione ai giovani (Australia, Cile, Indonesia). Per questo motivo si rendono indispensabili la cooperazione tecnica, la raccolta dati armonizzata e l'attuazione di programmi basati sull'evidenza (Singapore, Messico).

La decisione è stata presa all'unanimità (**all.19**).

4.14– PROGRESS REPORT SU VARI ARGOMENTI.

Strategia globale ed obiettivi per la prevenzione, la cura ed il controllo della tubercolosi dopo il 2015.

Nel maggio 2014 l'Assemblea Mondiale di Sanità ha approvato la Risoluzione 67.1 sulla "Strategia globale e gli obiettivi per la prevenzione, la cura ed il controllo della tubercolosi dopo il 2015", chiamata anche "Strategia per la fine della tubercolosi", che è stata successivamente

approvata, adottata e promossa dai Comitati Regionali OMS e sono state prodotti anche vari piani di azione a livello regionale.

Considerata la situazione attuale e le sfide persistenti, si renderà necessario - per raggiungere l'obiettivo di eliminare la tubercolosi - un cambio di paradigma, un maggior impegno e sforzi sostanziali a livello multisettoriale: le misure intraprese e gli investimenti accordati a livello globale, regionale e nazionale risultano insufficienti in rapporto a quelli necessari.

Al fine di ottenere un sostegno mondiale di alto livello, l'OMS sta organizzando, insieme alla Federazione Russa, un incontro ministeriale globale a Mosca nel prossimo mese di novembre, mentre l'Assemblea delle Nazioni Unite ha richiesto un incontro ad alto livello sulla tubercolosi, che dovrebbe aver luogo nel 2018.

Su tale argomento la delegazione italiana ha effettuato un intervento (**all.20**), in cui pur apprezzando il progress report sulla tubercolosi e il complesso delle azioni intraprese dall'OMS, è stata espressa preoccupazione sul fatto, evidenziato nel report stesso, che ogni giorno circa 5.000 persone muoiono a causa della tubercolosi e altri milioni si ammalano di questa patologia; nonché sul numero elevato di coloro, affetti da tubercolosi multi-resistente, che non ricevono un trattamento appropriato. Anche l'utilizzo di nuovi strumenti diagnostici e farmaci è di gran lunga inadeguato.

Pertanto, la delegazione italiana ha concluso valutando positivamente l'organizzazione della Conferenza ministeriale di Mosca, prevista nel prossimo mese di novembre, e che l'Assemblea Generale dell'ONU abbia previsto un Meeting di Alto Livello sulla tubercolosi nel 2018. Ha altresì richiesto che il Segretariato OMS presenti un report, sugli esiti della citata Conferenza Mosca e sulla preparazione del meeting ONU del 2018, alla 71ma WHA.

“Towards universal eye health” - Piano di Azione globale 2014-2019.

L'Assemblea Mondiale di Sanità ha adottato il Piano di Azione 2014-2019 su ***“Towards universal eye health”*** (Risoluzione n. 66.4), in cui si chiedeva al Direttore Generale di fornire supporto tecnico agli Stati Membri per l'implementazione del medesimo piano, sviluppando la parte relativa all'inclusione universale e all'equo accesso ai servizi, e di continuare a dare priorità alla prevenzione della cecità evitabile e all'ipovisione.

Il Segretariato ha quindi avviato le seguenti azioni:

- sviluppo di strumenti e di guida: è in corso un ampio lavoro per la produzione di una guida tecnica sulla gestione della retinopatia diabetica e della cataratta;
- *capacity building* e consolidamento delle attività a livello nazionale: sono state rafforzate le attività e il coordinamento a livello nazionale, grazie a 13 workshop regionali per la verifica dei servizi di cura oculistici;
- sensibilizzazione e *advocacy*: la “Giornata Mondiale della Vista” è divenuto l'evento più importante, in almeno 70 Paesi, dedicato per sensibilizzare l'opinione pubblica sulla prevenzione e il trattamento della ipovisione, con un approccio basato sulla copertura sanitaria universale;
- creazione di database e monitoraggio dei progressi: il numero annuale di interventi chirurgici di cataratta è stato individuato quale indicatore surrogato per il monitoraggio della fornitura di servizi di cura oculistici.

La delegazione italiana ha effettuato un intervento (**all.21**) per riaffermare il sostegno dell'Italia al complesso delle iniziative intraprese dall'OMS su tale tematica, con particolare riferimento allo sviluppo di nuovi strumenti e le attività di *advocacy* e *capacity building*, tenuto conto che in Italia è attivo un Centro Collaboratore OMS, dedicato non soltanto alla prevenzione della cecità evitabile e dell'ipovisione ma anche alle attività di riabilitazione, che dovrebbero meritare maggiore attenzione e sostegno.

Piano di azione globale OMS sulla disabilità 2014-2021: salute migliore per tutte le persone con disabilità.

Nel maggio 2014 l'Assemblea Mondiale di Sanità ha adottato la il “Piano di Azione globale sulla disabilità 2014-2021” (Risoluzione 67.7), in cui si chiedeva al Direttore Generale di implementare le azioni per rimuovere le barriere e migliorare l'accesso ai programmi e ai servizi sanitari; rafforzare ed estendere i servizi di supporto e assistenza, di riabilitazione, di tecnologia assistita; di rafforzare la raccolta di dati internazionali rilevanti e comparabili e di supportare la ricerca sulla disabilità e sui servizi correlati. Il Segretariato ha avviato le seguenti attività chiave del piano:

- sviluppo di strumenti e di guida: oltre ad aver elaborato il “modello di questionario sulla disabilità”, il Segretariato ha pubblicato il documento “Riabilitazione nei sistemi sanitari”, quale guida basata sulle evidenze, destinata agli Stati Membri e ai soggetti interessati, facente parte di un set globale sulla riabilitazione, che servirà a supportare i sistemi sanitari nella fornitura di servizi ai disabili;
- *capacity building* e consolidamento delle azioni a livello nazionale: sono stati organizzati tre workshop regionali per rafforzare il coordinamento e lo sviluppo di strategie e di piani nazionali;
- sensibilizzazione e sostegno: la “Giornata Internazionale delle Persone con Disabilità” è divenuta un appuntamento “guida” annuale per migliorare la consapevolezza del rispetto delle persone con disabilità;
- creazione di database e monitoraggio dei progressi: significativi passi avanti sono stati fatti nell'adozione di approcci standardizzati per la raccolta periodica di dati. Un rapporto globale è previsto per il 2020.

Decade di azione per la sicurezza stradale 2011-2020: esiti della 2° Conferenza Globale ad Alto Livello.

A seguito della Risoluzione 69.7 dell'Assemblea Mondiale di Sanità, che ha adottato la Dichiarazione di Brasilia sulla sicurezza stradale, sono state portate avanti numerose iniziative.

Nel settembre 2016 è stata prodotta dall'OMS una bozza di documento di discussione, sottoposta a consultazione degli Stati Membri, nel febbraio 2017, e al settore privato, nel giugno 2017.

La revisione della seconda bozza verrà fatta in occasione delle sessioni dei vari Comitati Regionali dell'OMS e, successivamente, durante un incontro formale degli Stati Membri e delle organizzazioni delle Nazioni Unite, alla fine del 2017.

Il Segretariato sta sviluppando anche il documento “Salvare vite: pacchetto tecnico per la sicurezza stradale”, al fine di incentivare i Paesi membri a realizzare 22 interventi con un buon

rapporto di costo-efficacia.

Eradicazione della dracunculiasi.

Sin dal 1980 i programmi avviati per l'eradicazione della dracunculiasi hanno consentito di ridurre il numero di malati; al 2016 restano interessate tre nazioni (Ciad, Etiopia, Sud Sudan), per un totale di 25 persone affette.

Il Centro Carter continua a offrire supporto operativo per l'eradicazione della malattia alle tre citate nazioni coinvolte e al Mali, che ha riportato, per la prima volta, zero casi nel 2016.

L'UNICEF si sta occupando di migliorare la salubrità dell'acqua potabile, nei villaggi a rischio di malattia o laddove questa sia endemica.

L'OMS, invece, fornisce gli strumenti per il rafforzamento della sorveglianza sia nei Paesi - in caso di pre e post-certificazione di eradicazione - sia nei campi dei rifugiati per le persone sfollate, nelle nazioni endemiche e non endemiche; fornisce assistenza tecnica in materia di certificazione; effettua attività di monitoraggio e produce report periodici sulla situazione esistente. Nelle aree di conflitto, a causa dell'insicurezza e inaccessibilità, la sfida per l'eradicazione è ancora alta. Nello stesso Mali, nonostante i risultati conseguiti, restano sotto osservazione le zone di Gao, Kidal, Mopti e Segou.

La sorveglianza è stata anche rafforzata nei campi dei rifugiati maliani, situati in Burkina Faso, Mauritania e Niger, al fine di individuare casi importati e di prevenire l'ulteriore diffusione della malattia. Resta ancora una carenza di 37 milioni di dollari relativa ai finanziamenti assegnati per l'eradicazione della malattia nel periodo 2017-2020.

Strategia globale ed obiettivi per la malaria 2016-2030.

Fra il 2000 e il 2015, l'incidenza dei casi di malaria si è ridotta del 14% e il tasso di mortalità del 62%, grazie all'accelerazione dei progressi nell'accesso universale alla prevenzione, diagnosi e trattamento e ai progressi verso l'eliminazione di tale patologia.

Il rapporto indica che almeno 21 Paesi sono in grado di poter dichiarare eradicata la malaria entro il 2020. L'OMS, inoltre, sta conducendo una valutazione sull'impatto della resistenza ai farmaci antimalarici e agli strumenti di lotta al vettore. Il Segretariato dell'OMS ha istituito una unità dedicata alla sorveglianza, al monitoraggio e alla valutazione per offrire guida e formazione aggiornate agli Stati Membri.

Impatto dell'esposizione al mercurio e ai composti mercuriali sulla salute pubblica: il ruolo dell'OMS e dei Ministri della Salute nella implementazione della Convenzione di Minamata.

Nell'ottobre 2013 è stata adottata la Convenzione di Minamata sul mercurio, con l'obiettivo di proteggere la salute umana e l'ambiente da emissioni antropogeniche e dal rilascio di mercurio e di composti mercuriali; tale Convenzione entrerà in vigore appena saranno firmate 50 ratifiche (al febbraio 2017 risultano 38 Paesi firmatari).

Il Segretariato dell'OMS ha portato avanti iniziative di sensibilizzazione per gli Stati Membri, tra

cui incontri regionali e sub-regionali e la pubblicazione della guida aggiornata per l'implementazione della Convenzione, oltre ad un documento tecnico, pubblicato nel 2016.

In vista della 1^a Conferenza delle Parti della Convenzione di Minamata verrà finalizzata, entro il 2017, una guida allo sviluppo delle strategie di sanità pubblica in questo settore.

Uso razionale dei farmaci.

Dal 2007, anno di adozione della Risoluzione 60.16, l'OMS e gli Stati Membri collaborano nella promozione dell'uso razionale dei farmaci, al fine di ridurre l'abuso, l'utilizzo insufficiente e improprio degli stessi attraverso la pianificazione e l'implementazione degli interventi (quali la selezione basata sulle evidenze), gli orientamenti di politica generale e la promozione di buone pratiche, la capacity building, la raccolta e l'analisi dei dati.

Rafforzamento del sistema regolatorio per i prodotti medicinali.

A seguito della Risoluzione 67.20 del 2014, l'OMS ha avviato numerose attività per il rafforzamento del sistema regolatorio, soprattutto a supporto di 60 Paesi, la pubblicazione di linee-guida per i prodotti bio-terapeutici (ad esempio, anticorpi monoclonali) e la gestione del sangue e dei suoi derivati (considerati medicine essenziali) e l'elaborazione di un modello di quadro regolatorio per i dispositivi medici a livello globale, inclusi i diagnostici in vitro, destinato ai Paesi in cui per i dispositivi non vi è alcuna regolamentazione ovvero è insufficiente.

L'OMS, i partner chiave e le industrie hanno concordato un nuovo meccanismo di finanziamento per assicurare la sostenibilità e la qualità dei programmi di pre-qualificazione dell'OMS, negli anni a venire. Inoltre, l'OMS ha supportato le Conferenze Internazionali delle Autorità Regolatorie, tenutesi nell'agosto 2014 e nel novembre 2016.

Eradicazione del vaiolo: distruzione dei depositi di virus.

Sin dal 2014 il Segretariato dell'OMS ha provveduto a fornire informazioni alla WHA circa la preparazione e il controllo del virus di vaiolo e sulla tempistica della distruzione delle scorte virali esistenti, basandosi sulle conclusioni delle riunioni del "Gruppo Consultivo Indipendente" e delle visite ispettive di bio-sicurezza ai due depositi di virus: nel maggio 2017 negli Stati Uniti (CDC) e nell'ottobre 2016 nella Federazione Russa (VECTOR).

Incremento della bio-sicurezza dei laboratori.

Con la Risoluzione 58.29, approvata nel 2005, l'Assemblea Mondiale di Sanità ha richiesto agli Stati Membri di intraprendere una serie di azioni per aumentare i livelli di bio-sicurezza dei laboratori, attraverso lo sviluppo di piani nazionali e l'implementazione di programmi specifici per la manipolazione e il trasporto - in sicurezza - di agenti microbiologici e tossine.

L'OMS ha pubblicato vari documenti tecnici e strategici sulla bio-sicurezza in laboratorio, mettendo a disposizione gli strumenti per il monitoraggio dello status, dei progressi e delle sfide per aumentare la bio-sicurezza.

Il Gruppo Consultivo sulla Bio-sicurezza dell'OMS ha redatto un manuale, attualmente in corso di revisione da parte di un comitato editoriale, allo scopo di fornire un approccio pratico, basato sull'evidenza e sul rischio.

4.15- RISULTATI DELLA SECONDA CONFERENZA SULLA NUTRIZIONE.

Nell'ottobre 2014 la FAO e l'OMS hanno organizzato la Seconda Conferenza sulla Nutrizione (ICN2), da cui è scaturita la Dichiarazione di Roma sulla Nutrizione e il relativo Quadro di Azione, in cui si riconosce che la malnutrizione, le deficienze di vitamine e minerali, l'obesità e le malattie non trasmissibili legate alla dieta rappresentano importanti sfide a livello globale.

Gli Stati Membri si sono impegnati a incrementare gli investimenti per attuare interventi efficaci e sviluppare politiche coerenti dalla produzione al consumo, che garantiscano diete salutari, attraverso tutto il ciclo della vita, nonché a creare condizioni favorevoli per scelte informate.

Il citato Quadro di Azione raccomanda un set di 60 opzioni politiche volontarie per la valutazione della realizzazione degli impegni assunti.

Nel 2015 l'OMS ha adottato la Risoluzione 68.19, in cui vengono approvati i due documenti scaturiti dalla ICN2 e viene richiesto al Direttore Generale di predisporre un rapporto biennale, presentato alla 40ma sessione della FAO, che ha preso atto dei progressi compiuti nel periodo 2015-2016.

Successivamente, l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite, con Risoluzione 70/529, ha proclamato il decennio 2016-2025 "Decade di Azione sulla Nutrizione" e chiesto alla FAO e all'OMS di guidarne l'implementazione, in collaborazione con UNICEF, PAM e IFAD, e di sviluppare un programma di lavoro, utilizzando un meccanismo di coordinamento, quale il "Comitato Permanente delle Nazioni Unite sulla Nutrizione", e piattaforme quali il "Comitato per la Sicurezza Alimentare Mondiale".

L'Assemblea Mondiale di Sanità con Risoluzione 69.8 ha accolto detta proposta e chiesto ai Direttori dell'OMS e della FAO di supportare gli Stati Membri nello sviluppo, rafforzamento e implementazione di politiche, programmi e piani per affrontare le molteplici sfide della malnutrizione, nonché di organizzare incontri periodici per condividere le migliori pratiche.

Il programma della Decade di Azione si basa su sei aree di azione, connesse e trasversali, che possono essere sintetizzate come segue:

- sistemi alimentari resilienti e sostenibili per diete salutari;
- sistemi sanitari concordi nel garantire la copertura universale per le sostanze nutritive essenziali;
- protezione sociale ed educazione alimentare;
- commercio e investimenti per una migliore nutrizione;
- ambienti sicuri e di supporto per la nutrizione a tutte le età;
- rafforzare l'amministrazione e la trasparenza della nutrizione.

Le modalità di attuazione della Decade sono le seguenti:

- gli Stati Membri presenteranno, alla FAO e all'OMS, gli impegni per attuare azioni che siano specifiche, misurabili, raggiungibili e rilevanti, stringenti nel tempo, nel contesto di politiche nutrizionali nazionali e in dialogo con un ampio ventaglio di soggetti interessati, e che siano registrabili in una banca dati pubblica;

- la convocazione di riunioni pubbliche per pianificazione, condivisione di conoscenza, riconoscimento dei successi, espressione delle sfide e promozione della collaborazione;
- la mobilitazione di risorse finanziarie per supportare l'implementazione di politiche nazionali e programmi.

Nonostante i progressi, il raggiungimento dei target della nutrizione globale è, purtroppo, ancora lontano. Quasi tutti i Paesi membri hanno sviluppato politiche legate alla nutrizione, includendo spesso tutte le forme di malnutrizione, ma l'attuazione di tali policy deve essere allargata, gli investimenti vanno incrementati unitamente a una coerenza politica più ampia.

La discussione si è delineata attorno ai progressi fatti nei confronti della malnutrizione e alla priorità da dare alla sicurezza alimentare (Ecuador, Qatar, Corea del Sud, Argentina, Russia), soprattutto alla luce dei cambiamenti climatici e dell'inquinamento che contamina le piantagioni (Bhutan, Bangladesh).

E' stata richiamata l'attenzione sugli alimenti di origine industriale, che devono poter contenere i nutrienti necessari e riconosciuti, e sulle scuole, che devono prevedere un sistema di sorveglianza per le mense (Guinea, Slovacchia, Zambia).

Il Costa Rica ha chiesto che la Dichiarazione di Roma sia adottata a livello di Nazioni Unite.

Critiche all'influenza dell'industria alimentare sono state avanzate da Tailandia, mentre l'India ha criticato l'insufficiente sforzo della ICN2 nel limitare l'accesso dei bambini al cibo non salutare, per cui nel 2016 ha adottato un Piano di Azione nazionale sulla nutrizione, che include anche questo aspetto, oltre alla promozione dell'allattamento al seno e al monitoraggio delle anemie.

La sfida alla malnutrizione necessita di risorse e soprattutto quelle per combattere la malnutrizione materno-infantile è stato oggetto di interventi da parte di numerosi Paesi africani. Il Vietnam ha sottolineato che il sovrappeso e la malnutrizione sono facce della stessa medaglia e frutto di politiche carenti.

E' stato più volte ribadito l'appoggio all'approccio intersettoriale e all'attività fisica, quale utile complemento della dieta salutare (Norvegia, USA, Francia).

L'altro ambito di discussione è stato quello degli indicatori, che vanno rafforzati per avere una migliore programmazione, e della condivisione delle buone pratiche (Indonesia, Bahrein, Australia, Brasile).

Il vice Direttore dell'OMS Chestnov ha ringraziato per il lavoro svolto dal Programma Alimentare Mondiale (PAM) e dall'Organizzazione per la Nutrizione e l'Agricoltura (FAO), finalizzato a sostenere il raggiungimento dei citati sei obiettivi; il Dipartimento da lui diretto ha preso in seria considerazione la responsabilità sulla malnutrizione e le attività di sostegno ad alcuni Stati Membri, per contrastare il fenomeno laddove più presente (Nigeria, Somalia, Sud Sudan). Ha inoltre riferito che, per quanto riguarda la Decade di Azione, manca ancora chiarezza, a livello nazionale, sulle priorità da portare avanti e, dunque, ancora molto resta da fare. Egli afferma che si deve lavorare più tenacemente per rafforzare il controllo sugli alimenti; le procedure per la sicurezza alimentare e il Codex Alimentarius, infatti, vanno applicati congiuntamente. Analogamente, è importante lo sviluppo di linee guida su antibiotico-resistenza e catena alimentare, inserite in un approccio globale con la FAO.

4.16 -RAPPORTO DELLA “COMMISSION ON ENDING CHILDHOOD OBESITY”: PIANO DI IMPLEMENTAZIONE.

La prevalenza dell'obesità infantile e negli adolescenti è in aumento in tutto il mondo, con un incremento più rapido nei Paesi a basso e medio reddito: il numero di bambini in sovrappeso ovvero obesi nel mondo è passato da 31 milioni nel 1990 a 42 milioni nel 2015; nello stesso periodo, il numero di bambini al di sotto dei 5 anni, che sono in sovrappeso ovvero obesi, è passato da 4 a 10 milioni nella Regione Africana.

L'obesità infantile è associata a varie complicanze sanitarie, alla comparsa precoce di malattie quali il diabete e le cardiopatie, alla persistenza dell'obesità nell'età adulta e a un rischio maggiore di malattie non trasmissibili. E fra i fattori di rischio, sovrappeso ed obesità sono particolarmente preoccupanti, avendo anche il potenziale di annullare molti dei benefici di salute che hanno contribuito ad allungare l'aspettativa di vita di molti bambini.

A tale riguardo, si evidenzia che gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (OSS), adottati dalle Nazioni Unite nel 2015, identificano nella prevenzione e controllo delle malattie non trasmissibili una delle sfide di salute nell'ambito dell'Agenda 2030.

In questo contesto, il Segretariato dell'OMS ha presentato la bozza del Piano di implementazione per guidare le azioni future, connesse alle raccomandazioni indicate nel rapporto della Commission on Ending Childhood Obesity-ECHO.

Questo Piano si compone di due sezioni: la prima dedicata alle finalità e i principi guida, la seconda alle azioni necessarie per raggiungere l'obiettivo di eliminare l'obesità infantile.

Le finalità e i principi guida possono essere così riassunti:

- diritto dei bambini alla salute: i governi e le società hanno la responsabilità legale e morale di agire per conto e nel migliore interesse dei bambini, al fine di ridurre il rischio di obesità e per proteggere i diritti dei bambini alla salute e all'alimentazione;
- impegno e leadership dei Governi: essi hanno bisogno di accettare la responsabilità primaria di intraprendere azioni e attuare politiche efficaci per conto dei bambini, che devono essere protetti, da un punto di vista etico; l'inerzia in tale settore avrebbe delle conseguenze sia in termini di salute e benessere sia dal punto di vista socio-economico;
- approccio esteso a tutta la compagine di Governo: la prevenzione e il trattamento dell'obesità richiedono un approccio, inclusivo di tutta la compagine governativa, secondo il quale le politiche di tutti i settori tengano conto sistematicamente degli esiti di salute. Gli approcci attuali sono palesemente insufficienti e sono necessari ulteriori interventi coordinati per conseguire l'obiettivo di fermare l'aumento dell'obesità dei bambini, adolescenti e adulti;
- approccio esteso a tutta la società: la complessità dell'obesità richiede un approccio globale che coinvolga, oltre a tutti i livelli di governo, altri attori, quali i genitori, la società civile, le istituzioni accademiche, le fondazioni filantropiche e il settore privato;
- equità: i Governi devono assicurare equa copertura di interventi, particolarmente per gli esclusi, i marginalizzati e altri gruppi vulnerabili, che sono esposti a un rischio elevato, sia di malnutrizione in tutte le sue forme, che di obesità;
- allineamento con l'Agenda Globale per lo sviluppo: gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile

richiedono la fine della malnutrizione in tutte le sue forme (target 2.2) e la riduzione della mortalità precoce per patologie non trasmissibili (target 3.4); la lotta all'obesità infantile contribuirà anche alla copertura sanitaria universale (target 3.8), al miglioramento dell'istruzione di qualità (obiettivo 4) e riduzione delle ineguaglianze (obiettivo 10);

- integrazione nell'approccio al percorso di vita: la Commissione ha messo in evidenza la necessità di ridurre il rischio di obesità infantile, intervenendo anche prima del concepimento; inoltre, le iniziative portate avanti dall'OMS per gli interventi integrati di prevenzione e trattamento dell'obesità infantile, usando un approccio che includa tutto il ciclo di vita, apporteranno ulteriori benefici anche per la salute a lungo termine;
- responsabilità: l'impegno politico e finanziario è imperativo per contrastare l'obesità infantile; sono necessari un meccanismo e un quadro normativo solidi per monitorare l'elaborazione, l'attuazione e i risultati delle politiche, facilitando in tal modo la responsabilità dei governi e degli attori non statali;
- copertura sanitaria universale: l'Obiettivo per lo Sviluppo Sostenibile n.3.8 richiede il raggiungimento della copertura sanitaria universale tramite servizi sanitari integrati, che consentano alle persone di beneficiare di una serie di servizi per la promozione della salute, la prevenzione delle malattie, la diagnosi e il trattamento per tutto il ciclo di vita. Vanno considerati elementi importanti della copertura sanitaria universale sia l'accesso a interventi di prevenzione del sovrappeso e dell'obesità, sia il trattamento dei bambini già obesi e di quelli in sovrappeso.

Le azioni da intraprendere si basano sulle sei raccomandazioni della ECHO sotto-elencate, per le quali è richiesto l'impegno politico degli Stati Membri, nonché un approccio multisettoriale, indispensabile a consolidare i progressi:

1. promozione della dieta salutare;
2. promozione dell'attività fisica;
3. cura antenatale e della gravidanza;
4. attività fisica e dieta in età infantile precoce;
5. attività fisica, nutrizione e salute per i bambini in età scolare;
6. gestione del peso.

Nel corso del dibattito sul Piano di implementazione per guidare le azioni future presentato dalla Commissione sulla fine dell'obesità infantile, diversi Paesi hanno richiesto di armonizzare il report periodico con altri resoconti sulle malattie non trasmissibili (Kenya, Russia, Lituania). L'Estonia ha sottolineato l'efficacia dell'introduzione della tassazione, ricordando l'esempio del Messico. La Colombia è intervenuta appoggiando la decisione e sostenendo l'idea di recuperare la cucina tradizionale e degli alimenti naturali, freschi ed autoctoni. Analogo discorso è stato fatto da numerosi Paesi (Paraguay, Indonesia, Repubblica Dominicana). Gli Emirati Arabi hanno chiesto una regolamentazione del commercio degli alimenti per l'infanzia.

I Paesi africani hanno concordato sul fatto che la malnutrizione implichi sia la sotto-alimentazione che la sovra-alimentazione e che gli sforzi vadano indirizzati all'educazione alimentare nelle scuole primarie, sostenendo la dieta salutare e l'attività fisica extra-curricolare (Botswana, Zambia, Zimbabwe), il Congo, in particolare, ha lamentato la mancanza di piani di azione

sull'obesità infantile in Africa, nonostante che siano aumentati i bambini affetti da obesità, di età inferiore ai cinque anni.

Alcuni Paesi hanno voluto sottolineare come l'obesità infantile sia correlata alla riformulazione degli ingredienti alimentari e la necessità di una ricerca scientifica libera dalle influenze dell'industria (Slovacchia, Panama, Filippine, Bahrein); altri hanno richiesto una realizzazione di database più efficienti (Giappone, Malesia, Turchia, Arabia Saudita).

Da altre parti si è sollevato il problema del conflitto di interessi con l'industria, pur riconoscendo il valore di un'azione multisettoriale (Ecuador, Venezuela, Argentina, Corea del Sud, India, Bangladesh, Cile). La Nuova Zelanda ha puntato su iniziative di contrasto all'obesità coinvolgenti le scuole e le comunità, mentre la Cina ha fornito supporto ai Paesi in via di sviluppo per il raggiungimento degli obiettivi di prevenzione/eliminazione dell'obesità infantile.

In tale contesto, gli USA hanno chiesto con forza che fossero modificati alcuni termini inseriti nella bozza di decisione, relativi alla tassazione di bevande zuccherate.

Alla fine degli interventi, si sono rilevate posizioni discordanti sulla bozza di decisione presentata e, quindi, il Presidente del Comitato B ha ritenuto necessario, anche in questo caso, istituire un *drafting group*: i delegati hanno convenuto di approvare la decisione per consenso, eccezion fatta per gli USA, che hanno voluto ribadire l'adattabilità delle strategie alla normativa e ai piani operativi nazionali, nonché la mancanza di obblighi per gli Stati relativamente a quanto indicato nella decisione circa la tassazione nazionale delle bevande zuccherate.

L'Assemblea ha approvato la decisione (**all.22**).

4.17 - MECCANISMO DEGLI STATI MEMBRI SUI FARMACI CONTRAFFATTI

Sulla base del report presentato dal Direttore Generale dell'OMS, relativo al quinto incontro del Meccanismo degli Stati Membri sui farmaci contraffatti (tenutosi a Ginevra nel novembre 2016), è stata sottoposta all'Assemblea Mondiale di Sanità l'approvazione dell'allegato 3 del medesimo report, in cui si richiede di sostituire il termine, usato fino ad oggi, di "prodotti medicinali di qualità inferiore, falsi, falsamente etichettati, falsificati, contraffatti" con la nuova denominazione di "prodotti medicinali falsi e di qualità inferiore".

Nel report in questione sono indicati anche gli aggiornamenti relativi alle attività svolta dai vari gruppi di lavoro.

Attività A: nel novembre 2016 si è tenuto un ulteriore incontro informale in Brasile, per revisionare e concordare un documento di consenso sulle linee guida per la formulazione di un piano nazionale per la prevenzione, l'individuazione e la risposta alla contraffazione dei farmaci, disponibile sulla piattaforma MedNet e sul sito dell'OMS.

Attività B: il Segretariato ha fornito aggiornamenti sulla designazione ed estensione della rete dei punti focali nazionali, che tutte le autorità regolatorie nazionali verranno chiamate a nominare o riconfermare, tenendo presente i nuovi criteri.

Attività C: nel novembre 2016 si è riunito in Argentina il gruppo di lavoro, che ha revisionato e approvato il documento su "Tecnologie di autenticazione disponibili per la prevenzione e l'individuazione di farmaci contraffatti", disponibile sulla piattaforma MedNet e sul sito dell'OMS.

Il meccanismo degli Stati Membri ha, quindi, deciso di sospendere per un anno le attività del gruppo per prendere in considerazione il lavoro di altre entità nel settore delle tecnologie di rilevamento.

Attività D: il Segretariato ha presentato l'aggiornamento del lavoro dell'OMS sul legame fra accesso ai farmaci di qualità, sicuri, efficaci e convenienti e l'emergenza di farmaci contraffatti per cui verrà richiesto un apposito studio.

Attività E: il gruppo di lavoro sulla comunicazione del rischio si è riunito in Gran Bretagna nel novembre 2016 per discutere del Piano di lavoro 2017-2018.

Attività F: il Segretariato ha fornito un aggiornamento sullo studio dell'impatto socio-economico e di salute pubblica causato dai farmaci contraffatti, la cui bozza è stata fatta circolare, nel gennaio 2017, per eventuali commenti da parte degli Stati Membri.

Attività G: il Segretariato ha presentato una stima annuale dei costi delle attività prioritarie per l'anno 2016 e 2017. Alle preoccupazioni sulla mancanza di fondi, gli Stati Membri hanno evidenziato l'importanza di mobilitare risorse per assicurare la sostenibilità del Meccanismo, e richiesto al Segretariato di considerare la possibile inclusione del Meccanismo stesso nel Programma Finanziario dell'OMS 2018-2019.

Attività H: nel novembre 2016 si è riunito il gruppo di lavoro informale per la revisione dei termini usati per definire i farmaci contraffatti, il cui risultato è contenuto nell'allegato 3 del rapporto.

La discussione in ambito assembleare ha visto complessivamente l'accoglienza con favore dell'allegato 3.

La Cina, la Russia e il Vietnam hanno concordato sull'utilità delle linee guida in esso contenute, utili a combattere efficacemente la contraffazione. Il Pakistan ha presentato i successi dell'implementazione di tali tecniche a livello nazionale, in linea con le migliori pratiche.

La Tanzania, ricordando l'importanza della cooperazione regionale e di una maggiore informazione, ha comunicato che è in procinto di adottare un piano nazionale per combattere la contraffazione, con il supporto di tutti gli altri attori, compresa l'autorità regolatoria.

Il Giappone ha elencato alcuni punti di vista meritevoli di approfondimento: i farmaci contraffatti rappresentano una minaccia per l'economia e la salute; il cambiamento della terminologia non deve infrangere la proprietà intellettuale e deve rientrare nell'ambito della copertura sanitaria universale; la nuova terminologia è utile ai fini di un dialogo interno all'OMS, ma non è esportabile in altri contesti.

L'Angola e la Costa d'Avorio hanno proposto di inserire nella modifica del termine di farmaco contraffatto anche il cenno alla sicurezza. L'Indonesia ha sottolineato la collaborazione fra i soggetti interessati e la necessità di un monitoraggio informatico dei prodotti medicinali.

La decisione sulla sostituzione della denominazione è stata approvata all'unanimità (**all.23**).

4.18 - REGOLAMENTO SANITARIO INTERNAZIONALE.

Nel gennaio 2017, il Consiglio Esecutivo dell'OMS ha preso la decisione di proseguire il rapporto di collaborazione con la "Convenzione sulle Diversità Biologiche" e altre organizzazioni internazionali, nel contesto degli impegni internazionali assunti in merito all'accesso ai patogeni e la condivisione equa dei vantaggi derivanti dalla loro condivisione, nell'interesse della sanità pubblica.

Fra gennaio e marzo del 2017 i due Segretariati hanno partecipato a varie teleconferenze e incontri per condividere informazioni su importanti aree di lavoro, condotte da entrambi gli organismi, nonché identificare aree per future collaborazioni e condivisione nei settori di seguito indicati:

- quadro di preparazione alla pandemia influenzale;
- piano di Azione per promuovere gli sforzi su ricerca e sviluppo per la risposta alle epidemie;
- implementazione del Regolamento Sanitario Internazionale;
- coordinamento della rete dei laboratori.

Inoltre, i Segretariati di OMS, FAO e OIE hanno partecipato alla teleconferenza del 6 aprile 2017, per condividere informazioni sull'impatto del Protocollo Nagoya nei settori della sicurezza alimentare e salute animale, in vista di un coordinamento futuro e di una potenziale collaborazione.

I delegati hanno sottolineato l'urgenza di realizzare la piena attuazione del Regolamento Sanitario Internazionale, lo strumento giuridico internazionale progettato per aiutare i Paesi a prevenire e rispondere ai rischi per la salute pubblica, che hanno il potenziale di superare le frontiere e quindi costituire una minaccia a livello globale.

L'Assemblea ha adottato la decisione (**all.24**), nella quale viene richiesto al Direttore Generale di lavorare con gli Stati membri a un piano strategico quinquennale in materia di preparazione e risposta in sanità pubblica, da sottoporre all'Assemblea Mondiale del 2018.

4.19 - SINERGIE TRA OMS E CONFERENZA DELLE PARTI SULLA CONVENZIONE QUADRO SUL CONTROLLO DEL TABACCO (Framework Convention on Tobacco Control – FCTC).

Nel 2016 l'Assemblea Mondiale di Sanità ha adottato la decisione sul rafforzamento delle sinergie fra OMS e COP7 (7^a Conferenza delle Parti) della Convenzione Quadro sul Controllo del Tabacco (FCTC), per la quale la COP7 avrebbe fornito un rapporto informativo sui seguiti.

La COP7 si è riunita in India nel novembre 2016 e ha adottato 31 decisioni (disponibili sul sito <http://www.who.int/fctc/cop/sessions/cop7/en/>) e una Dichiarazione, che invita ad aumentare gli sforzi per prevenire le interferenze dell'industria del tabacco a tutti i livelli e promuovere nuove ed innovative forme di cooperazione, incluse quelle Sud-Sud e Cooperazione Triangolare.

L'Assemblea ha adottato la decisione sul rafforzamento delle sinergie fra OMS e COP per il controllo del tabacco (**all.25**).

4.20 - RESISTENZA ANTIMICROBICA

Il Segretariato dell'OMS ha esposto i risultati conseguiti relativi all'attuazione del “Piano di azione sulla resistenza antimicrobica” (Risoluzione 68.7 WHA 2015) e della Dichiarazione politica dell'Incontro ad alto livello sulla resistenza antimicrobica (Risoluzione 71/3 UNGA 2016).

La dichiarazione impegnava Capi di Stato e di Governo ad adottare piani di azione nazionali, multisettoriali, in linea con l'approccio "One Health"; a stanziare fondi; ad implementare la ricerca e lo sviluppo; ad assicurare che i piani nazionali coprano lo sviluppo del sistema di sorveglianza, di monitoraggio e di quadri regolatori per l'impiego di farmaci antibiotici; ad aumentare la consapevolezza e la conoscenza della resistenza antimicrobica nella popolazione e negli operatori sanitari.

La dichiarazione comprendeva anche la richiesta all'OMS, e ai suoi partner (OIE, FAO), di un quadro globale di sviluppo e di gestione responsabile della terapia antibiotica e della resistenza antimicrobica. Si chiedeva all'OMS, alla Banca Mondiale e ad altre agenzie ONU di supportare i Piani di azione nazionali e le altre attività di contrasto alla resistenza antimicrobica, a livello nazionale, regionale e globale. Infine, si chiedeva al Segretario Generale dell'ONU di istituire un coordinamento inter-agenzia ad hoc, per fornire indicazioni pratiche che potessero garantire l'efficacia delle azioni di contrasto alla resistenza antimicrobica.

Entro maggio 2017 verrà aggiornata la lista dei Farmaci Essenziali dell'OMS e revisionate le linee guida sulla gestione delle cinque infezioni più comuni. Inoltre, è stata pubblicata la lista dei batteri antibiotico-resistenti prioritari, per i quali è urgente lo sviluppo di nuovi farmaci.

4.21 - RUOLO DEL SETTORE SANITARIO NELL'APPROCCIO STRATEGICO ALLA GESTIONE INTERNAZIONALE DELLE SOSTANZE CHIMICHE VERSO L'OBIETTIVO 2020 E OLTRE.

Nel maggio 2016 l'Assemblea Mondiale di Sanità ha adottato la Risoluzione 69.4, che ha consentito l'avvio di un processo di consultazione con gli Stati Membri, gli altri organi di governo dell'ONU e i soggetti interessati al fine di delineare una tabella di marcia del settore sanitario nell'ambito della gestione delle sostanze chimiche, a livello nazionale, regionale ed internazionale, verso il raggiungimento dei relativi obiettivi 2020 e target contenuti nell'Agenda 2030.

La tabella di marcia identifica azioni concrete per le quali il settore sanitario riveste un ruolo preminente di supporto, se non addirittura, in taluni casi, di guida.

Tuttavia, c'è ancora bisogno di aumentare la consapevolezza del ruolo del settore sanitario, del suo supporto attivo e del suo maggiore coinvolgimento soprattutto nelle principali aree di azione di seguito individuate:

- riduzione del rischio: sono comprese le strategie di protezione sanitaria, la regolamentazione delle sostanze chimiche, l'istruzione pubblica, la condivisione dell'informazione e delle migliori pratiche;
- conoscenza ed evidenza: si riferisce alle metodologie usate per la valutazione del rischio - incrementando il bio-monitoraggio e la sorveglianza, facendo una stima dell'impatto delle malattie attribuibili alle sostanze chimiche - e alla misurazione dei progressi;
- capacità istituzionale: si intende il rafforzamento delle capacità istituzionali nazionali per contrastare le minacce sanitarie poste dalle sostanze chimiche, inclusa la risposta agli incidenti e alle emergenze. Le azioni devono comprendere lo sviluppo di politiche nazionali e di quadri regolatori, la capacità di conformarsi al Regolamento Sanitario Internazionale, l'offerta di formazione all'interno del settore sanitario, al fine di aumentare la capacità e la resilienza dei sistemi sanitari, per affrontare tutti gli aspetti della sicurezza chimica;
- guida e coordinamento: sono incluse le considerazioni sanitarie in tutte le politiche chimiche, il coinvolgimento del settore sanitario nella gestione delle sostanze chimiche a livello nazionale,

regionale ed internazionale.

Nel febbraio 2017 si è tenuto a Brasilia il primo incontro del processo intersessionale durante il quale si è discusso delle modalità di applicazione della tabella di marcia da parte dei governi e delle possibili collaborazioni con altri settori.

L'Assemblea ha adottato la decisione. (all.26.)

4.22 - PROGRESSI NELL'IMPLEMENTAZIONE DELL'AGENDA 2030 PER LO SVILUPPO SOSTENIBILE.

Nel settembre 2015 l'Assemblea Generale dell'ONU ha adottato la Risoluzione contenente il documento "Trasformare il nostro mondo: l'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile". Si tratta di un piano di azione per le persone, il pianeta, la prosperità, la pace, la collaborazione, che tutte le nazioni e gli attori interessati implementeranno nei prossimi quindici anni. Nel maggio 2016 l'Assemblea Mondiale di Sanità ha adottato la Risoluzione 69.11 su "Salute nell'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile".

Il Segretariato ha quindi proposto sei linee principali di azione, presentate come strumento di cambiamento per aiutare gli Stati Membri a raggiungere gli obiettivi, l'adozione dei quali rappresenta un'opportunità unica per rinnovare gli impegni nazionali per la salute ed il benessere e sfruttare le sinergie intersettoriali.

L'Agenda 2030 necessita di essere integrata nello sviluppo nazionale e nei piani e nelle strategie sanitarie nazionali, coinvolgendo un ampio spettro di collaboratori, nell'ambito di azioni inter-agenzia ed intersettoriali; stabilendo obiettivi nazionali; acquisendo dati, informazioni e risorse, unitamente a meccanismi efficaci di relazione, monitoraggio e revisione dei processi.

Il Segretariato ha raccolto i dati contenuti nel rapporto della Statistica Mondiale della Salute 2017, contenente 30 indicatori sia di salute che correlati alla salute. Le maggiori sfide sono risultate quelle relative alla riduzione della mortalità materno-infantile, al miglioramento della nutrizione, e al raggiungimento di ulteriori progressi nella lotta contro le malattie infettive (HIV, tubercolosi, malaria, malattie tropicali neglette ed epatite).

L'analisi della situazione fornisce anche l'evidenza dell'importanza di contrasto alle malattie non trasmissibili ed altri fattori di rischio, quali il consumo di tabacco, i problemi di salute mentale, gli incidenti stradali e le tematiche ambientali. La debolezza dei sistemi sanitari rimane un ostacolo in molte nazioni, con deficit di copertura per i servizi di base ed inadeguata preparazione per le emergenze sanitarie.

Ad oggi, nonostante alcuni progressi, resta ancora molto da fare in ambito di: supporto a piani nazionali integrati; sviluppo di piani regionali; sviluppo e finalizzazione degli indicatori per l'Agenda 2030; supporto agli Stati Membri per il rafforzamento della capacità statistica nazionale; supporto al partenariato per la copertura sanitaria universale; supporto per gli sforzi sull'iniziativa "Lasciare nessuno indietro"; promozione dell'approccio multisettoriale; promozione della collaborazione nell'ambito del Regolamento Sanitario Internazionale; supporto agli Stati Membri nel rafforzamento della ricerca e dello sviluppo di nuovi strumenti e tecnologie.

Si segnala che sull'argomento l'Unione Europea non ha trovato un accordo, tale da poter presentare una dichiarazione congiunta dei 27 Paesi: Polonia e Slovacchia, infatti, si sono

dimostrate contrarie e non disposte alla negoziazione durante le riunioni di coordinamento mattutine, a causa delle tematiche su salute riproduttiva e sessuale presenti in Agenda 2030.

Le caratteristiche del tema salute si integrano bene con gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile. In particolare, l'Agenda 2030 consente questa buona integrazione da riproporre per le attività svolte a livello di Nazioni Unite (Paraguay, Messico, Brasile).

Le Maldive hanno voluto ricordare la creazione di un meccanismo di coordinamento da parte di tutti i paesi del Sud Est asiatico, al fine di migliorare il sistema informativo di raccolta dati.

Gli interventi in assemblea si sono susseguiti evidenziando la necessità di progredire per le tematiche di nutrizione, materno-infantile, malattie infettive e malattie croniche, salute dei migranti (Cina, Libano).

L'Ecuador ha voluto ricordare due temi poco approfonditi: quello della violenza sessuale sui bambini e quello dell'impatto dell'inquinamento sulla salute riproduttiva.

Gli stati africani hanno lamentato che i problemi finanziari stanno rallentando la tabella di marcia e, per questo motivo, hanno chiesto un unico meccanismo di coordinamento per sostenere gli impegni.

L'India ha richiesto che il programma finanziario 2018-2019 sia indirizzato verso il rafforzamento dei progressi nel raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile. In questo Paese è stata istituita una task force per il monitoraggio degli Obiettivi al fine di facilitare lo scambio di informazioni con l'OMS.

La Germania è apparsa scettica su taluni aspetti dell'Agenda 2030, i cui obiettivi sono troppo ambiziosi ed ampi. Il partenariato si confermerebbe, quindi, la modalità migliore per rafforzare i sistemi sanitari nel raggiungimento dell'Obiettivo n.3.

Alla fine del dibattito è stata adottata la decisione (**all.27**).

4.23 - COLLABORAZIONE DELL'OMS CON ALTRE AGENZIE ONU.

La collaborazione dell'OMS con le altre organizzazioni intergovernative, nell'ambito del sistema delle Nazioni Unite, è stato oggetto di numerosi interventi, fra cui USA, Bangladesh, Cina e Iraq.

E' stato sottolineato come la collaborazione sia parte integrante del ruolo di coordinamento dell'OMS, nell'ambito del suo mandato relativo al settore della sanità pubblica internazionale, e contribuisca ad allineare meglio la *governance* della salute a livello globale nonché ad assicurare un'implementazione coerente delle norme e degli standard.

Il raggiungimento degli obiettivi dell'Agenda 2030 contribuisce a rafforzare la cooperazione programmatica tra le varie agenzie ONU, ribadita dall'Assemblea Generale dell'ONU nel programma quadriennale di revisione della politica globale (Risoluzione 71/243).

In questo contesto l'OMS è coinvolta grazie al ruolo svolto dal Direttore Generale, in qualità di Presidente del Comitato ad Alto Livello sui Programmi, nell'ambito del Coordinamento dei Capi dei Consigli Esecutivi presso le Nazioni Unite. Il Direttore Generale OMS partecipa anche alle riunioni del Segretariato ONU.

L'OMS, inoltre, ricopre ruoli di presidenza e vice-presidenza in tutti i gruppi inter-agenzia, costituiti appositamente per il monitoraggio del raggiungimento di ciascuno degli Obiettivi di

Sviluppo Sostenibile (eccetto che per l'Obiettivo n.9, relativo alla costruzione di infrastrutture resilienti).

L'OMS è pure presente nei gruppi di lavoro delle Nazioni Unite, che trattano differenti tematiche di salute (acqua, nutrizione, servizi di base equi e di alta qualità) e, grazie alla attività di 19 Uffici Regionali, fornisce supporto tecnico allo sviluppo e revisione dei piani sanitari nazionali, affinché in essi vengano incorporati gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile.