



# *Ministero della Salute*

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

**Ridurre la mortalità infantile per il raggiungimento  
dell'Obiettivo di Sviluppo del Millennio n. 4 \***

**(TRADUZIONE NON UFFICIALE)**

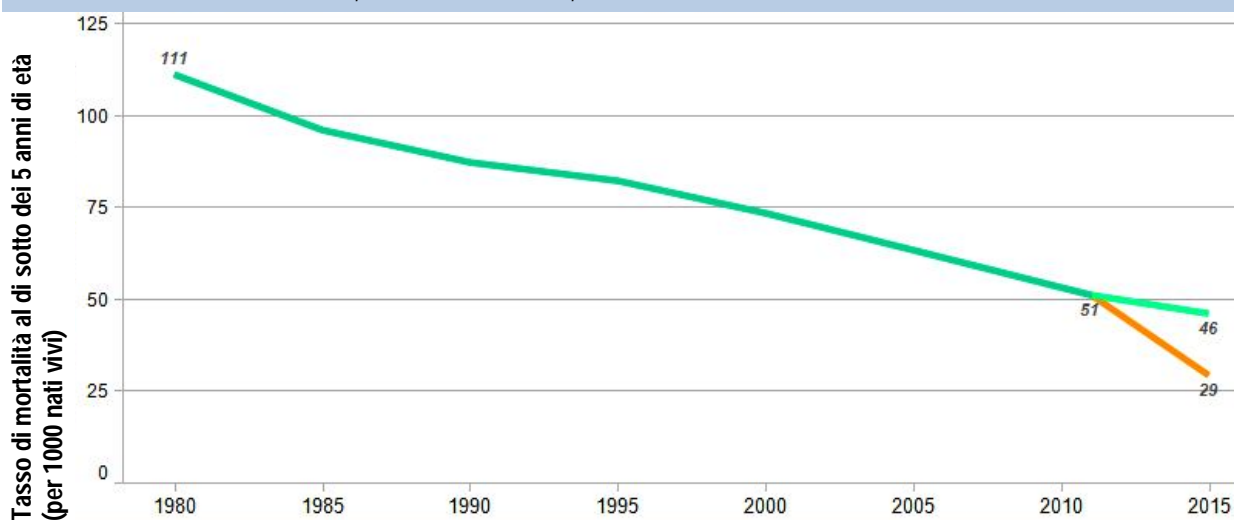
# Ridurre la mortalità infantile per il raggiungimento dell'Obiettivo di Sviluppo del Millennio n. 4 \*

Tendenza globale della mortalità nei bambini al di sotto dei 5 anni di età, 1980-2011 e scostamento rispetto al raggiungimento dell'Obiettivo di Sviluppo del Millennio n. 4



Aggiornamento al 13 settembre 2012

**Obiettivo 4:** ridurre di due terzi, tra il 1990 e il 2015, il tasso di mortalità al di sotto dei 5 anni di età



Fonte: UNICEF, OMS, Banca Mondiale, Dipartimento degli Affari Sociali ed economici delle Nazioni Unite/Divisione della popolazione Livelli e trend della mortalità infantile - Rapporto 2012. UNICEF, 2012.

- Tendenza 1980-2011
- Proiezione (se la tendenza recente continua)
- Tendenza necessaria per raggiungere l'Obiettivo di Sviluppo del Millennio n. 4

©WHO. All right reserved.

## Mortalità nel primo anno di vita

### Situazione e tendenze

La percentuale di decessi al di sotto dei 5 anni di età che si verificano nel corso del primo mese di vita (periodo neonatale) è aumentata dal 36% nel 1990 al 43% nel 2011. Più del 30% dei decessi neonatali si verifica in India. L'Africa Sub-Sahariana presenta il rischio più alto di mortalità nel primo mese di vita ed è tra le regioni che mostrano i progressi minori.

Nel 2011, circa 3 milioni di decessi (43% di tutti i decessi al di sotto dei 5 anni di età) si sono verificati nel corso del primo mese di vita, e quasi 5 milioni (72% di tutti i decessi al di sotto dei 5 anni di età) durante il primo anno di vita.

\* Traduzione non ufficiale a cura del Ministero della Salute, Dipartimento della Sanità Pubblica e dell'Innovazione, Direzione Generale per i Rapporti Europei e Internazionali, Ufficio III

Il rischio che un bambino muoia prima di completare il primo anno di vita è stato più alto nella Regione Africana dell'OMS (68 per 1000 nati vivi), circa 6 volte maggiore rispetto a quello registrato nella Regione Europea (11 per 1000 nati vivi).

Nel mondo, il tasso di mortalità durante il primo anno di vita è diminuito, passando da una stima pari a 61 decessi per 1000 nati vivi nel 1990 a 37 decessi per 1000 nati vivi nel 2011. I decessi annui nei bambini fino a un anno di età sono diminuiti da 8,4 milioni nel 1990 a 5 milioni nel 2011.

## **Mortalità al di sotto dei 5 anni di età**

### **Situazione**

Nel 2011, sono morti poco meno di 7 milioni di bambini di età inferiore ai 5 anni, vale a dire circa 800 bambini ogni ora.

Il rischio che un bambino muoia prima di completare il quinto anno di vita è stato più elevato nella Regione Africana dell'OMS (106 per 1000 nati vivi), circa 8 volte maggiore rispetto a quello registrato nella regione europea (13 per 1000 nati vivi). Nel 2011, quasi l'80% dei decessi nei bambini al di sotto dei 5 anni di età si è verificato in soli 25 paesi, e circa la metà in appena 5 di essi: India, Nigeria, Repubblica Democratica del Congo, Pakistan e Cina. Insieme, l'India (24%) e la Nigeria (11%) fanno registrare più di un terzo dei decessi mondiali nei bambini di età inferiore ai 5 anni.

### **Tendenze**

Nell'insieme, sono stati compiuti progressi sostanziali per il raggiungimento dell'Obiettivo di Sviluppo del Millennio n. 4.

Rispetto al 1990 - anno di riferimento per la misurazione dei progressi compiuti - nel 2011 sono morti circa 14.000 bambini in meno al giorno.

Il miglioramento nella sopravvivenza infantile è evidente in tutte le regioni. Il numero di paesi in cui il tasso di mortalità al di sotto dei 5 anni di età è stato pari o superiore a 100 decessi per 1000 nati vivi risulta più che dimezzato, essendo passato da 53 nel 1990 a 24 nel 2011. Inoltre, per la stessa fascia di età, nessun paese ha fatto registrare un tasso di mortalità superiore a 200 decessi per 1000 nati vivi, rispetto ai 13 del 1990.

Nel mondo, la mortalità stimata al di sotto dei 5 anni di età è diminuita del 41%, passando da un tasso di 87 decessi per 1000 nati vivi nel 1990 a 51 decessi per 1000 nati vivi nel 2011. Questa diminuzione si traduce in un decremento medio annuo della mortalità infantile del 2,5%, che rimane tuttavia insufficiente per il raggiungimento dell'Obiettivo di Sviluppo del Millennio n. 4 (ridurre di due terzi i tassi di mortalità al di sotto dei 5 anni di età tra il 1990 e il 2015). Il numero di decessi nei bambini di età inferiore ai 5 anni è diminuito da quasi 12 milioni nel 1990 a 6,9 milioni nel 2011. I progressi ci sono stati, ma distribuiti in maniera disomogenea. A livello regionale, la diminuzione dei tassi di mortalità al di sotto dei 5 anni di età tra il 1990 e il 2011 è stata pari o

superiore al 60% in due regioni: le Americhe e il Pacifico Occidentale. I tassi medi annui di riduzione più elevati sono stati registrati nella Regione del Pacifico Occidentale (5,2%), dove risultano più di due volte superiori rispetto ai tassi osservati nella regione Africana (2,4%) e in quella del Mediterraneo Orientale (2,5%).

Poiché i tassi di mortalità al di sotto dei 5 anni di età sono diminuiti in maniera più netta nelle regioni in via di sviluppo più ricche, il divario tra l'Africa Sub-sahariana e le altre regioni si è approfondito. Nel 1990, la probabilità che un bambino nato nell'Africa Sub-sahariana morisse prima del compimento dei 5 anni di età era superiore di 1,5 volte rispetto all'Asia meridionale, di 3,4 volte rispetto all'America Latina e ai Caraibi, di 3,7 volte rispetto all'Asia orientale e di 12,1 volte rispetto alle regioni sviluppate. Nel 2011, tale probabilità risultava 1,8 volte maggiore rispetto all'Asia meridionale, 5,7 volte maggiore rispetto all'America Latina e ai Caraibi, 7,4 volte maggiore rispetto all'Asia orientale e 16,5 volte maggiore rispetto alle regioni sviluppate. Anche il divario tra l'Asia meridionale e le regioni più ricche è aumentato, sebbene non in maniera così notevole.

## **Cause di mortalità infantile relative all'anno 2010**

### **Situazione**

Globalmente, le quattro maggiori cause di morte nei bambini di età inferiore ai 5 anni sono state la polmonite (18%), la nascita prematura (16%: 14% durante il periodo neonatale e 2% nel periodo post-neonatale), le malattie diarroiche (11%) e l'asfissia alla nascita (10%: 9% durante il periodo neonatale e 1% nel periodo post-neonatale). La malaria è stata ancora una delle principali cause di morte nell'Africa sub-sahariana, causando circa il 15% dei decessi al di sotto dei 5 anni di età nella regione.

Su un totale di 7,6 milioni di bambini deceduti prima dei 5 anni di età, 4,4 milioni (il 58%) sono morti a causa di malattie infettive. Di tutte le infezioni, la polmonite (1,4 milioni), la diarrea (800.000) e la malaria (563.000) sono state le principali cause di morte, responsabili nell'insieme del 36% di tutti i decessi al di sotto dei 5 anni di età nel mondo. La maggior parte di tali decessi può essere prevenuta attraverso interventi noti, semplici, sostenibili e a basso costo, quali l'allattamento esclusivo al seno fino al sesto mese di età, le vaccinazioni, l'uso appropriato di antibiotici, la terapia di reidratazione orale e lo zinco, le zanzariere da letto impregnate di insetticida e i farmaci antimalarici.

Circa il 40% dei decessi nei bambini di età inferiore ai 5 anni si è verificato prima del 28° giorno di vita (periodo neonatale). La principale causa di morte è stata l'insorgenza di complicazioni in nascite pre-termine. L'asfissia alla nascita e la sepsi sono state rispettivamente la seconda e la terza causa di morte in questa fascia di età, causando nell'insieme 1,2 milioni di decessi. Il rischio di morire a causa di tali patologie può essere diminuito garantendo un'assistenza di qualità durante la gravidanza, la sicurezza e l'igiene del parto assicurate da un operatore qualificato, e cure neonatali immediate, inclusa la rianimazione neonatale, l'assistenza supplementare per i bambini sottopeso, l'attenzione nel tenere il bambino al caldo, il trattamento della sepsi neonatale e l'iniziazione precoce all'allattamento al seno.

## **Distribuzione**

I pattern relativi alla distribuzione delle cause di mortalità infantile variano ampiamente da regione a regione. La proporzione più bassa di decessi neonatali (30%) si è verificata nella Regione Africana. D'altra parte, nel mondo il 96% di tutti i decessi al di sotto dei 5 anni di età dovuti alla malaria e l'89% di quelli dovuti all'HIV/AIDS si sono verificati nella Regione Africana. Nelle restanti cinque regioni dell'OMS, un'alta percentuale dei decessi nei bambini di età inferiore ai cinque anni si è verificata durante il periodo neonatale, con valori che vanno dal 42% nella Regione del Mediterraneo Orientale al 54% nella Regione del Pacifico Occidentale. La percentuale di decessi causati dalla polmonite è più bassa nelle Americhe e in Europa. In queste stesse regioni, i decessi dovuti alle malattie diarroiche hanno rappresentato solo il 4% del totale.

## **Tendenze**

Nel mondo, il numero di decessi al di sotto dei cinque anni di età è sceso da 12 milioni nel 1990 a 9,6 milioni nel 2000 e a 7,6 milioni nel 2010. Circa il 60% dei 2 milioni di vite salvate nell'ultimo decennio è dovuto alla riduzione dei decessi causati dalla polmonite (455.000 decessi in meno), dal morbillo (363.000 decessi in meno) e dalla diarrea (361.000 decessi in meno). L'India, la Nigeria, la Repubblica Democratica del Congo, il Pakistan e la Cina hanno contribuito a metà della mortalità attribuibile alle infezioni e a più di metà di quella dovuta a cause neonatali nel mondo.

# **PREVENIRE LA MORTALITÀ INFANTILE**

## **Assistenza appropriata per la polmonite**

### **Situazione e tendenze**

Ogni anno, la polmonite è responsabile della morte di circa 1,4 milioni di bambini di età inferiore ai cinque anni. Contrastare i principali fattori di rischio della malattia (malnutrizione e inquinamento dell'aria indoor), insieme alla vaccinazione, è essenziale per prevenire l'insorgenza della malattia. Per evitare i decessi, sono fondamentali cure di buona qualità. Strumenti vitali per il trattamento della polmonite includono gli antibiotici e l'ossigeno.

Per assistenza appropriata al bambino malato si intende la presenza di operatori sanitari in grado di diagnosticare correttamente la polmonite e stabilire la cura. Recenti studi indicano che nel mondo viene portato da un operatore adeguato il 78% dei bambini di età inferiore ai cinque anni che presentano i sintomi della polmonite; nei paesi a basso reddito, tale copertura scende al 43%. Gli antibiotici hanno un ruolo essenziale nel ridurre i decessi dovuti alla polmonite. Nei paesi a basso reddito, meno di un terzo (29%) dei bambini al di sotto dei cinque anni di età che presentano i sintomi della polmonite ricevono tale trattamento. Malgrado nell'ultimo decennio siano state salvate circa 451.000 vite grazie ai decessi per polmonite evitati, le stime suggeriscono che il numero di vite salvate potrebbe raggiungere almeno il milione se venissero forniti universalmente interventi di prevenzione e cura per la riduzione della polmonite. I bambini che vivono nelle aree rurali, i bambini poveri e quelli le cui madri hanno un basso livello di istruzione

hanno meno probabilità di ricevere cure adeguate rispetto ai bambini che vivono in aree urbane, con famiglie più agiate e con genitori dal livello di istruzione più alto.

Negli ultimi anni sono stati fatti alcuni progressi nell'appropriatezza dell'assistenza per la polmonite. Tuttavia, sarebbe necessario accelerare e intensificare gli sforzi per attuare su più ampia scala gli interventi efficaci. Si stima che nei paesi a basso reddito solo il 29% dei bambini affetti da polmonite ricevano un trattamento a base di antibiotici. In alcuni di questi paesi, la copertura scende al 10%. Tuttavia, i progressi sono possibili - paesi come l'Egitto e la Colombia sono stati in grado di aumentare in misura significativa la copertura antibiotica in un periodo di tempo relativamente breve.

## **Trattamento della diarrea**

### **Situazione e tendenze**

Le malattie diarroiche sono una delle più comuni cause di mortalità infantile nel mondo, responsabile di circa 800.000 decessi l'anno. Circa i tre quarti di tali decessi si verificano in soli 15 paesi. Acqua pulita, disponibilità di servizi igienici, nutrizione adeguata, vaccinazioni e allattamento esclusivo al seno aiutano a prevenire le malattie diarroiche nei bambini. Il trattamento dei bambini malati con la terapia di reidratazione orale e supplementi di zinco salva vite ed è sicuro ed efficace in relazione ai costi. In tutto il mondo, la terapia di reidratazione orale ha permesso di prevenire più di 50 milioni di decessi nei bambini negli ultimi 25 anni. Rimane il fatto, tuttavia, che nei paesi a basso reddito solo il 44% dei bambini che presentano sintomi di diarrea riceve questo trattamento raccomandato. All'interno dei paesi, i bambini poveri e quelli che vivono nelle aree rurali hanno meno probabilità di ricevere il trattamento raccomandato.

## **Inizio precoce e allattamento esclusivo al seno**

### **Situazione e tendenze**

Il latte materno dà ai lattanti tutti gli elementi nutritivi di cui hanno bisogno, è sicuro e contiene anticorpi che aiutano a proteggere i lattanti dalle malattie comuni dell'infanzia. L'inizio precoce e l'allattamento esclusivo al seno fino ai sei mesi di età previene i decessi dovuti a polmonite, diarrea e sepsi neonatale. Si è stimato che l'inizio dell'allattamento al seno entro la prima ora dalla nascita permetta di evitare circa il 13% di tutti i decessi al di sotto dei cinque anni di età.

L'allattamento esclusivo al seno nei bambini di età inferiore ai sei mesi presenta una copertura globale che arriva appena al 37%. La copertura è particolarmente bassa in Africa, dove solo un bambino su tre di età inferiore ai 6 mesi è allattato esclusivamente al seno.

La promozione dell'inizio precoce e dell'allattamento esclusivo al seno dei lattanti per sei mesi ha la potenzialità di dare un contributo fondamentale all'ottenimento dell'Obiettivo di Sviluppo del Millennio relativo alla mortalità infantile.

I programmi di promozione dell'allattamento al seno dovrebbero sottolineare l'importanza dell'inizio precoce nonché dell'allattamento esclusivo al seno. Questa raccomandazione ha particolare rilevanza per l'Africa Sub-Sahariana, dove i tassi di mortalità nei neonati e nei lattanti sono i più elevati.

## **Copertura della vaccinazione contro il morbillo**

### **Situazione**

La vaccinazione contro il morbillo aiuta a ridurre la mortalità infantile al di sotto dei cinque anni di età in due modi: da un lato prevenendo in maniera diretta le infezioni da virus del morbillo e riducendo in tal modo l'incidenza della malattia, dall'altro prevenendo le co-infezioni che possono portare a complicazioni della malattia e alla morte, soprattutto nei bambini sottanutriti. Per esempio, in tutto il mondo la polmonite e la diarrea, due delle più comuni cause di morte nei bambini, sono entrambe associate alle infezioni da morbillo. Nel 2010, l'85% dei bambini di un anno di età è stato vaccinato contro il morbillo; tuttavia, diverse regioni hanno avuto una copertura molto più bassa - in particolare la Regione Africana (76%) e l'Asia Meridionale (79%).

### **Tendenze**

La vaccinazione contro il morbillo è uno degli indicatori per i progressi compiuti verso il raggiungimento dell'Obiettivo di Sviluppo del Millennio n. 4. Nell'insieme, la copertura della vaccinazione contro il morbillo è aumentata dal 72% nel 2000 all'85% nel 2010.

## Sintesi dei lavori

La 132.ma sessione del Consiglio Esecutivo OMS è stata caratterizzata da un ordine del giorno molto ricco di argomenti e dalla presenza di un elevatissimo numero di partecipanti (più di 850), a testimonianza di un crescente interesse per il lavoro dell'OMS, in un periodo difficile e pieno di criticità.

Tale elevato livello di attenzione è stato legato a diversi aspetti: dalla preparazione del bilancio da approvare alla prossima Assemblea Mondiale (20-28 maggio 2013), al processo di riforma - ancora in atto - dell'Organizzazione; dall'avvicinarsi della scadenza degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio, con i possibili nuovi scenari della sanità pubblica internazionale per il periodo post-2015, all'impatto della crisi finanziaria mondiale sui sistemi sanitari e sulle disponibilità di risorse da parte dei Paesi donatori.

Il dibattito è stato intenso e si è svolto in un clima costruttivo e di collaborazione.

Il processo di riforma dell'OMS ha segnato alcuni importanti passi avanti – soprattutto in tema di apertura al cambiamento – con l'introduzione di nuovi elementi, come il sistema di monitoraggio indipendente delle attività dell'Organizzazione e una maggiore disciplina budgetaria, con una tendenza a garantire una sempre crescente *accountability* del Segretariato. Alcuni aspetti della riforma però sembrano procedere a rilento. Tali aspetti riguardano: i meccanismi di finanziamento, le politiche di mobilitazione delle risorse, le riforme della gestione del personale, la razionalizzazione dei metodi di lavoro dei *Governing Bodies*, il ruolo dei rapporti con il settore privato e con la società civile.

Anche nei riguardi del programma-bilancio per il biennio 2014-2015, non sono mancate critiche per il ritardo con il quale l'Organizzazione sta fornendo dati e cifre relativi alla ripartizione dei fondi e sulla definizione di obiettivi, indicatori e termini di riferimento.

Tra le tematiche tecniche di maggior rilievo vanno ricordate le malattie croniche non trasmissibili, che continuano a costituire un argomento di massima priorità e che hanno un serio impatto sulla salute delle popolazioni (sia dei Paesi industrializzati che di quelli in via di sviluppo) e sui costi dei sistemi sanitari.

Il Consiglio Esecutivo ha esaminato e discusso temi di grande rilievo, come il Piano d'Azione per la Salute mentale, le malattie tropicali neglette, le disabilità, i determinanti sociali della salute, l'attuazione del Regolamento Sanitario Internazionale, l'eradicazione della poliomielite, la prevenzione della cecità evitabile e gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio.

Un denominatore comune ha caratterizzato il dibattito dell'*Executive Board*: la "*Universal Health Coverage*" e le sue ripercussioni in termini di politiche del personale sanitario, equità e sostenibilità dei sistemi sanitari, approccio olistico (prevenzione delle malattie, promozione della salute, cure e riabilitazione) e qualità delle prestazioni .

Il Board ha adottato un numero non elevato di Risoluzioni (in linea con quanto richiesto dal processo di riforma dei metodi di lavoro dell'Organizzazione), curando con attenzione anche gli aspetti relativi ai costi e alle implicazioni finanziarie legate all'attuazione delle Risoluzioni stesse.

La conclusione dei lavori (che hanno richiesto il ricorso a più di una sessione notturna) ha lasciato aperti una serie di argomenti che saranno oggetto di ulteriore lavoro preparatorio prima dell'Assemblea Mondiale di maggio. Si tratta soprattutto degli aspetti relativi al bilancio e al perfezionamento di una serie di documenti (riforma, Piano d'Azione sulle malattie non trasmissibili).



Tutti i lavori dell'*Executive Board* sono stati oggetto di un intenso coordinamento comunitario, guidato dalla Presidenza di turno irlandese e la Commissione Europea. Gli interventi concordati in ambito UE sono stati letti – a turno - da uno dei due rappresentanti dell'UE membri del Consiglio Esecutivo (Belgio e Lituania).

## **Discorso del Direttore Generale OMS**

In apertura del suo discorso, il Direttore Generale dell'OMS, citando il fatto che i membri del *Board* provengono dalle sei Regioni dell'OMS, ha ricordato le condizioni climatiche estreme che caratterizzano i nostri tempi nel quadro del "*climate change*" che continuerà ad avere effetti – spesso drammatici – sulla salute.

Margaret Chan ha ricordato l'aumento della popolazione mondiale ed il suo progressivo invecchiamento, così come l'aumento delle aspettative nei confronti della tutela della salute e anche delle disuguaglianze che – a detta del DG OMS – hanno raggiunto i peggiori livelli dell'ultimo mezzo secolo.

Il discorso della d.ssa Chan ha affrontato le sfide e le opportunità per la salute pubblica mondiale, i progressi compiuti ma anche le difficoltà, legate alla profonda crisi finanziaria.

Se si dovessero citare alcuni punti di maggiore rilievo, non si potrebbe fare a meno di riferirsi alle malattie croniche non trasmissibili, alla salute materno-infantile, alle malattie tropicali neglette, all'opera ancora incompiuta dell'eradicazione della poliomielite. A proposito di quest'ultima, la DG si è soffermata per esprimere il tributo e l'apprezzamento per le vittime innocenti dei vili attentati che hanno preso di mira volontari in Pakistan che si prodigavano per le vaccinazioni dei bambini.

In tema di riforma dell'OMS, la d.ssa Chan ha assicurato il suo forte impegno a portare avanti quanto già avviato e a cercare di completare tale processo al più presto.

Sul bilancio (che dovrà essere presentato per l'approvazione all'Assemblea Mondiale della Sanità del mese di maggio 2013) il Direttore dell'OMS ha ribadito l'intenzione di continuare ad assicurare trasparenza e assunzione di responsabilità e di migliorare la bozza di documento preparata per il *Board*.

In chiusura del suo intervento, la d.ssa Chan ha sottolineato che, nel campo della salute, la comunità internazionale sta facendo un buon lavoro, malgrado uno scenario mondiale non certo favorevole ("*in a world climate of austerity and adversity...*").

Il testo del discorso del Direttore Generale dell'OMS, tradotto in italiano a cura dell'Ufficio, è allegato a questa relazione.

## **Argomenti di maggiore rilievo**

### **Riforma dell'OMS**

Il Consiglio Esecutivo ha dedicato particolare attenzione alla valutazione dell'operato dell'Organizzazione, soprattutto per gli aspetti legati alla decentralizzazione e alle riforme manageriali.

Nel delicato settore della gestione del personale, il Direttore Generale ha posto in atto una riduzione dei costi (sono stati risparmiati circa 28 milioni di dollari USA per le spese di missione) e un ridimensionamento dello staff (una drastica riduzione sia a livello del Quartier generale di Ginevra che negli Uffici Regionali).

Per quanto riguarda i metodi di lavoro dell'Assemblea Mondiale della Sanità, è stata decisa una serie di cambiamenti, tutti orientati a rendere tale riunione più snella ed efficace, contenere i costi e ottimizzare i tempi. Particolare attenzione è stata dedicata alla predisposizione dell'agenda dei lavori e ai criteri per includere nuovi punti all'ordine del giorno.

Inoltre, si è lavorato a migliorare la gestione dei rapporti tra i paesi e l'Organizzazione attraverso una semplificazione e uno snellimento dei meccanismi di comunicazione delle informazioni all'OMS da parte degli Stati Membri.

Infine, in materia di meccanismi di finanziamento, la proposta di "dialogo sui finanziamenti" avanzata dal Direttore Generale dell'OMS è stata accolta con favore. In particolare, per i contributi volontari da parte dei paesi - che si aggiungono a quelli obbligatori (fissati dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite in base a fattori quali il livello di sviluppo, il PIL, la popolazione) - è stata riaffermata la necessità che tali finanziamenti non vengano vincolati da parte del paese donatore a una destinazione precisa, ferma restando la necessità che l'Organizzazione li utilizzi nei sei settori prioritari già concordati con i Paesi Membri (malattie trasmissibili; malattie croniche non trasmissibili; approccio mirato a tutto il ciclo della vita; rafforzamento dei sistemi sanitari; sicurezza sanitaria; servizi di funzionamento dell'Organizzazione), che comunque saranno ulteriormente discussi dall'Assemblea Mondiale del maggio 2013.

In generale, la prevedibilità e la possibilità di contare su finanziamenti pluriennali restano punti di forza delle richieste dell'Organizzazione, per poter garantire l'attuazione dei programmi prioritari e la continuità degli interventi.

### **Malattie croniche non trasmissibili**

Il Consiglio Esecutivo ha esaminato la bozza di Piano d'Azione per la prevenzione ed il controllo delle Malattie non trasmissibili per il periodo 2013-2020, predisposto tenendo conto dei grandi eventi che hanno caratterizzato questi ultimi anni, nel corso dei quali il livello di priorità di queste patologie è cresciuto significativamente.

A tale riguardo vi è stato un intervento da parte della UE che ha sottolineato la necessità di evidenziare meglio la componente Regionale del Piano d'Azione (ognuna delle sei Regioni dell'OMS presenta realtà differenti sia in termini di situazione epidemiologica che in termini di politiche e strategie) e di rafforzare gli aspetti di "Salute in tutte le politiche" nel documento. Si è inoltre richiesto di evidenziare meglio i

collegamenti tra il Piano d’Azione sulle malattie non trasmissibili e altri fondamentali Piani d’Azione correlati dell’OMS (lotta al tabagismo, prevenzione dell’alcolismo, nutrizione e attività fisica, salute mentale).

## **Salute mentale**

Il Piano d’Azione presentato dall’OMS per il periodo 2013-2020 è stato fortemente sostenuto da parte dell’UE. Il Rapporto con il quale il Segretariato ha introdotto il Piano d’Azione presenta un’analisi della situazione globale, che evidenzia come i disturbi mentali, neurologici e legati ad abuso di sostanze rappresentino globalmente il 13% del carico globale di malattia, con la depressione che si attesta al 4,3% (prima tra le cause singole di malattia).

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

Il Consiglio ha sottolineato l’importanza di dedicare particolare attenzione all’infanzia, ai giovani e alle donne, e di continuare a lavorare contro ogni forma di stigmatizzazione.

## **Prevenzione della cecità evitabile e dell’ipovisione**

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

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

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

La Risoluzione ha ricevuto il sostegno da parte dei paesi UE, e l’Italia ha svolto un ruolo di facilitatore nella sua adozione da parte del Consiglio Esecutivo.

## **Disabilità**

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

L'aumento della prevalenza di queste condizioni è legata sia all'invecchiamento progressivo della popolazione sia all'aumento del carico globale delle malattie croniche. La disabilità colpisce maggiormente i gruppi di popolazione più vulnerabili (in modo particolare le donne, gli anziani e i poveri) e i paesi a basso reddito.

Sempre grave rimane il problema delle barriere e delle difficoltà di accesso ai servizi, sia quelli sanitari (compresa la riabilitazione), sia quelli legati all'istruzione, ai trasporti e al lavoro. A tale proposito, il Consiglio Esecutivo ha approvato una Risoluzione – da presentare per l'adozione all'Assemblea Mondiale della Sanità nel maggio 2013 – che promuove negli Stati Membri dell'OMS lo sviluppo di piani d'azione – in collaborazione con le persone affette da disabilità o le loro associazioni - per la rimozione delle barriere che limitano l'accesso ai servizi.

La Risoluzione mira anche a migliorare l'accessibilità dei servizi sanitari e a formare adeguatamente il personale sanitario, nell'ottica del pieno rispetto dei diritti umani delle persone disabili. Al Direttore Generale dell'OMS viene chiesto di intensificare la collaborazione tra le varie parti interessate, comprese altre Agenzie delle Nazioni Unite, il mondo accademico, il settore privato e le associazioni e organizzazioni di persone affette da disabilità. Inoltre, viene richiesto all'OMS che le varie aree di lavoro dedichino la dovuta attenzione ai bisogni di salute dei bambini e degli adulti affetti da disabilità.

## **Obiettivi di Sviluppo del Millennio**

Il Consiglio Esecutivo ha esaminato un rapporto del Segretariato OMS sullo stato attuale del processo di raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio.

A più di dieci anni dall'adozione degli Obiettivi del Millennio, si sono registrati incoraggianti progressi sia per quanto concerne la diminuzione della mortalità infantile e materna, sia nel campo della lotta alla malnutrizione, sia infine in termini di riduzione della mortalità e incidenza dell'HIV/AIDS, della malaria e della tubercolosi. Ma i miglioramenti della situazione globale sono stati meno consistenti di quanto sarebbe stato necessario per raggiungere gli Obiettivi fissati e, soprattutto, la distribuzione dei progressi mostra divari persistenti e disuguaglianze crescenti tra Paesi e all'interno dei Paesi.

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

Nello stesso periodo, il tasso annuo di mortalità tra i bambini al di sotto dei 5 anni di età è diminuita del 41%, passando da 87 a 51 decessi per 1000 nati vivi. Il tasso globale di diminuzione ha avuto un'accelerazione nell'ultimo decennio, ma resta ancora insufficiente per raggiungere l'obiettivo di una riduzione di due terzi dai livelli di mortalità del 1990 a quelli del 2015.

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

Sempre tra il 1990 e il 2011, i tassi di mortalità neonatale sono diminuiti da 32 a 22 per 1000 nati vivi – una riduzione pari a più del 30%, che rimane tuttavia più lenta rispetto alla mortalità infantile generale; la causa principale di mortalità in questa fascia d'età è la prematurità.

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

Nel 2010, 216 milioni di casi di malaria hanno causato 655.000 decessi, l'86% dei quali in bambini al di sotto dei cinque anni di età. Tra il 2000 ed il 2010, a livello globale l'incidenza di malaria è diminuita del 17% e nello stesso periodo, in 35 dei 53 paesi endemici il numero dei casi confermati è diminuito di più del 50%. La distribuzione di zanzariere impregnate di insetticida e gli interventi di disinfestazione negli ambienti chiusi hanno dato un contributo decisivo a questi progressi, ma la loro sostenibilità è difficile da mantenere, e sussiste un elevato rischio di ripresa della malattia laddove è stata posta sotto controllo.

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

Nel 2011, nel mondo circa 2,5 milioni di persone sono state infettate dall'HIV, il 24% in meno rispetto ai 31 milioni infettatisi nel 2001. Il 70% delle persone che hanno contratto il virus vivono nell'Africa sub-Sahariana. Nel 2011, il numero di persone affette da HIV ammontava a 34 milioni, con un aumento rispetto agli anni precedenti, e la popolazione affetta da HIV continuerà ad aumentare, dal momento che la mortalità dovuta a cause AIDS-correlate è in diminuzione.

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

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

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

## **Determinanti sociali della salute**

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

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

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

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

## **Eradicazione della poliomielite**

Il rapporto presentato dall'OMS ha delineato il quadro attuale della situazione, che vede ancora tre Paesi in cui la malattia è endemica (Pakistan, Afghanistan e Nigeria). L'OMS e l'UNICEF hanno ulteriormente intensificato gli sforzi nei programmi di eradicazione (reclutando più di 5000 volontari). Inoltre, i governi di Nigeria e Pakistan hanno istituito una *task force* presieduta dai più alti vertici dello Stato (Presidenti e Primi Ministri) e hanno rinnovato impegno e attività di vaccinazione e sorveglianza. Malgrado ciò si è registrato un preoccupante aumento di casi in Nigeria, con il rischio di una nuova diffusione di poliovirus selvaggi in altri Paesi (soprattutto in Mali).

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

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

### **3.10 – Copertura sanitaria universale**

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

Circa un miliardo di persone al mondo non ricevono i servizi sanitari necessari, e malgrado si sia verificato un certo progresso per quanto concerne l'orientamento dei sistemi sanitari verso la copertura sanitaria universale, molto deve essere ancora fatto in tutti i paesi del mondo.

Le due sue principali componenti (copertura con i servizi necessari – prevenzione, promozione, trattamento, riabilitazione e cure palliative - e copertura con la protezione finanziaria del rischio) devono costituire la base per far sì che le persone possano ricevere i servizi sanitari necessari senza dover incorrere a spese catastrofiche. A questo riguardo sono coinvolti diversi settori, oltre a quello sanitario, compresi gli aspetti finanziari e di sviluppo sociale, economico e ambientale.