


Pubblicazioni
Centro Studi per la Pace
www.studiperlapace.it

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PAVIA

FACOLTÀ DI GIURISPRUDENZA
CORSO DI LAUREA IN GIURISPRUDENZA

TESI DI LAUREA

L'ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ

Relatore: Prof. Cristina Campiglio

Laureando: Paolo Scudeller

Anno Accademico 1999/2000

Paolo Scudeller
L'organizzazione mondiale della sanità

*A mamma e papà,
per i vostri sacrifici e la fiducia riposta in me, da Udine a Pavia, passando per
Bergamo e Lodi.*

*Dopo aver affrontato i primi gradini di questa grande scalata grazie a voi,
da oggi è giusto che cominci a superarli con le mie forze.*

*A Cinzia,
per avermi sopportato, sacrificando spesso i tuoi giorni di riposo.
Mi hai accompagnato dal primo esame ad oggi, e mi accompagnerai...
A Bebetta e Luca, per i consigli e il sostegno morale che mi avete offerto.*

INDICE

LISTA DELLE ABBREVIAZIONI.....	7
CAPITOLO 1: ORIGINI E COSTITUZIONE	11
1.1 I PRECEDENTI.....	13
A) <i>Le Conferenze Sanitarie Internazionali, l'Ufficio Internazionale di Igiene Pubblica, l'Organizzazione di Igiene della Società delle Nazioni e l'UNRRA (United Nations Relief and Rehabilitation Administration)</i>	13
B) <i>Forme significative di cooperazione sanitaria regionale e locale</i>	14
1.2 L'OMS E LA CONCEZIONE DELLA COOPERAZIONE INTERNAZIONALE NEL SISTEMA DELLE NAZIONI UNITE	15
1.3 LA CONFERENZA INTERNAZIONALE SULLA SANITÀ	16
1.4 COSTITUZIONE DELL'ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ	17
1.5 I RISULTATI DELLA COMMISSIONE AD INTERIM.....	19
1.6 LA PRIMA ASSEMBLEA MONDIALE DELLA SANITÀ'	20
1.7 SCOPI E FUNZIONI DELL'OMS	21
CAPITOLO 2: LA SALUTE COME DIRITTO DELL'UOMO	25
2.1 LA SALUTE NEGLI ATTI INTERNAZIONALI SULLA PROTEZIONE DEI DIRITTI DELL'UOMO.....	27
CAPITOLO 3: LA SALUTE E L'OMS.....	33
3.1 IL CONCETTO DI "SALUTE" NELL'OMS.....	35
3.2 EVOLUZIONE DEL CONCETTO DI SALUTE NELLA PRASSI DELL'OMS.....	35
3.3 PRESUPPOSTI E CONDIZIONI DELLA SALUTE.....	36
3.4 EVOLUZIONE DEGLI ASPETTI FUNZIONALI DEL PROGRAMMA DELL'OMS.....	38
A) <i>Le prime sfide</i>	40
B) <i>Salute e sviluppo</i>	41
C) <i>La nuova strategia "Salute per Tutti per l'anno 2000"</i>	43
CAPITOLO 4: LA STRATEGIA "SALUTE PER TUTTI"	47
4.1 IL CONCETTO DELLA "SALUTE PER TUTTI" (HEALTH FOR ALL)	49
4.2 RINNOVAMENTO DELLA "SALUTE PER TUTTI"	52
4.3 OBIETTIVI DELLA STRATEGIA "SALUTE PER TUTTI"	52
4.4 DALLA POLITICA ALL'AZIONE	54
4.5 IL RUOLO DELL'OMS NEL XXI SECOLO	55
4.6 SUCCESSI DELLA STRATEGIA "SALUTE PER TUTTI"	56
4.7 LIMITI DELLA STRATEGIA "SALUTE PER TUTTI"	59
4.8 IL RUOLO DELLA LEGISLAZIONE NELLA REALIZZAZIONE DELLA STRATEGIA "SALUTE PER TUTTI"	61
A) <i>Gli sforzi dell'OMS</i>	62
i) <i>Diritto Internazionale per la Salute Pubblica</i>	62
ii) <i>Istituzioni di Vigilanza</i>	65
iii) <i>Legislazione Nazionale per la Salute Pubblica</i>	66
B) <i>Prospettive giuridiche per il diritto alla salute: esperienze di altre Organizzazioni Internazionali</i>	67
C) <i>Importanza del diritto e delle istituzioni a sostegno della strategia "Salute per Tutti"</i>	70
4.9 FUTURO DI UN APPROCCIO LEGISLATIVO NELL'AMBITO DELLA STRATEGIA "SALUTE PER TUTTI"	74
CAPITOLO 5: LA STRUTTURA DELL'OMS.....	77
5.1 OSSERVAZIONI GENERALI.....	79

5.2 LO STATUS DI MEMBRO E IL PROBLEMA DEL RECESSO	79
5.3 L'ASSEMBLEA MONDIALE DELLA SANITÀ (WORLD HEALTH ASSEMBLY)	85
5.4 IL CONSIGLIO ESECUTIVO (EXECUTIVE BOARD)	87
5.5 IL SEGRETARIATO (SECRETARIAT)	89
5.6 IL DECENTRAMENTO REGIONALE	90
A) <i>Le organizzazioni regionali</i>	92
B) <i>Il problema della definizione delle regioni</i>	94
C) <i>Verso un maggiore decentramento</i>	97
D) <i>Regionalizzazione delle attività dell'OMS</i>	101
i) Ufficio regionale per l'Africa (AFRO), Brazzaville, Congo	101
ii) Ufficio regionale per le Americhe (AMRO), Washington, Stati Uniti d'America	103
iii) Ufficio regionale per il Mediterraneo Orientale (EMRO), Alessandria, Egitto	104
iv) Ufficio regionale per l'Europa (EURO), Copenaghen, Danimarca	106
v) Ufficio regionale per il Sud Est Asiatico (SEARO), Nuova Delhi, India	108
vi) Ufficio regionale per il Pacifico Occidentale (WPRO), Manila, Filippine	109
E) <i>Critiche al decentramento regionale</i>	110
F) <i>Studi e proposte dell'OMS</i>	113
G) <i>Decentramento e sistemi sanitari: analisi di esperienze internazionali</i>	114
5.7 IL FINANZIAMENTO DELL'OMS	115
CAPITOLO 6: LE FUNZIONI NORMATIVE	119
6.1 GLI ATTI DELL'OMS	121
6.2 CONVENZIONI	125
A) <i>Primi passi verso la Convenzione Quadro sul Controllo del Tabacco</i>	126
B) <i>Primo incontro del Gruppo di Lavoro per lo Schema di Convenzione sul Controllo del Tabacco</i>	128
C) <i>Secondo incontro del Gruppo di Lavoro per lo Schema di Convenzione sul Controllo del Tabacco</i>	130
6.3 REGOLAMENTI INTERNAZIONALI	133
A) <i>Nomenclature Regulations</i>	133
B) <i>International Health Regulations</i>	133
6.4 RACCOMANDAZIONI	137
A) <i>Codice Internazionale per il Commercio dei Sostituti del Latte Materno</i>	139
B) <i>L'adozione del Codice come raccomandazione</i>	139
C) <i>L'allattamento dei neonati e dei bambini: un dibattito ancora acceso</i>	145
6.5 UNA CODIFICAZIONE FALLITA: IL PROGRAMMA DI AZIONE SUI FARMACI ESSENZIALI	148
6.6 RIFLESSIONI SULLE FUNZIONI NORMATIVE DELL'OMS	149
6.7 IL RUOLO DEL DIRITTO INTERNAZIONALE A FAVORE DELLA "SALUTE PER TUTTI" NEL XXI SECOLO	151
CAPITOLO 7: RICERCA, EDUCAZIONE, FORMAZIONE E INFORMAZIONE	153
7.1 PROGRAMMI DI RICERCA	155
A) <i>L'impiego di risorse nazionali</i>	155
B) <i>La ricerca nell'OMS</i>	156
i) L'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro	156
ii) Programma Speciale di Ricerca, Sviluppo e Formazione nella Riproduzione Umana	158
iii) Programma Speciale di Ricerca e Formazione nelle Malattie Tropicali	159
7.2 EDUCAZIONE ED ISTRUZIONE	161
A) <i>Educazione e formazione infermieristica</i>	163
B) <i>Borse di studio</i>	164
7.3 PUBBLICAZIONI	166
7.4 RIFLESSIONI SULLE ATTIVITÀ DI RICERCA, EDUCAZIONE, FORMAZIONE E INFORMAZIONE	169
CAPITOLO 8: LA COOPERAZIONE TECNICA	171
8.1 LE BASI STATUTARIE DELLA COOPERAZIONE TECNICA	173
8.2 LA PARTECIPAZIONE DELL'OMS ALL'ESTESO PROGRAMMA DI ASSISTENZA TECNICA (EPTA)	174

8.3 LA PARTECIPAZIONE DELL'OMS AL PROGRAMMA DI SVILUPPO DELLE NAZIONI UNITE (UNDP).....	179
8.4 L'ASSISTENZA AI PAESI IN VIA DI SVILUPPO SOTTO IL REGOLARE PROGRAMMA	180
A) <i>Principi dell'azione</i>	181
B) <i>Le caratteristiche del Programma di Assistenza dell'OMS ai nuovi Stati e alla loro evoluzione</i>	182
8.5 RIFLESSIONI SULLA COOPERAZIONE TECNICA	186
CAPITOLO 9: RUOLO OPERATIVO DELL'OMS: CONTROLLO ED ERADICAZIONE DELLE MALATTIE	189
9.1 I PROGRAMMI VERTICALI.....	191
9.2 UN FALLIMENTO: IL PROGRAMMA DI ERADICAZIONE DELLA MALARIA.....	193
A) <i>Creazione ed evoluzione del Programma</i>	193
B) <i>Le basi tecniche del Programma</i>	194
C) <i>Attuazione del Programma</i>	195
D) <i>Ostacoli</i>	196
E) <i>Recenti sviluppi</i>	196
9.3 LA "CROCIATA VITTORIOSA" CONTRO IL VAIOLO	197
A) <i>La creazione del Programma</i>	198
B) <i>Le basi tecniche dell'eradicazione</i>	199
C) <i>La realizzazione del Programma</i>	199
9.4 UN ALTRO SUCCESSO DELL'OMS: IL PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA ONCORCEROSI IN AFRICA OCCIDENTALE	200
9.5 L'IMMUNIZZAZIONE DEI BAMBINI NEL MONDO	202
9.6 LA LOTTA GLOBALE CONTRO L'AIDS	205
A) <i>La creazione del Programma Globale</i>	205
B) <i>La Strategia Globale sull'AIDS</i>	207
C) <i>Creazione di un Programma Congiunto delle Nazioni Unite sull'HIV/AIDS (UNAIDS)</i>	208
9.7 RIFLESSIONI SUL RUOLO OPERATIVO DELL'OMS	210
CAPITOLO 10: IL COORDINAMENTO DELL'OMS CON ALTRE ORGANIZZAZIONI 213	
10.1 OSSERVAZIONI GENERALI.....	215
10.2 COORDINAMENTO ALL'INTERNO DEL SISTEMA DELLE NAZIONI UNITE	215
A) <i>Coordinamento operativo con l'UNDP</i>	219
B) <i>Il coordinamento con l'UNICEF</i>	221
C) <i>Il Coordinamento con il Fondo delle Nazioni Unite per le Attività a Favore delle Popolazioni (UNFPA)</i>	225
10.3 RAPPORTI CON LE ORGANIZZAZIONI NON GOVERNATIVE	226
10.4 IL COORDINAMENTO CON LE ORGANIZZAZIONI UMANITARIE.....	227
10.5 IL COORDINAMENTO CON ALTRE ORGANIZZAZIONI INTERGOVERNATIVE E NON GOVERNATIVE	231
10.6 RIFLESSIONI SUL COORDINAMENTO DELL'OMS CON ALTRE ORGANIZZAZIONI	233
CAPITOLO 11: CONCLUSIONI	235
11.1 LE RIFORME NECESSARIE.....	237
11.2 CONSIDERAZIONI FINALI.....	239
BIBLIOGRAFIA	241
TESTI	243
DOCUMENTAZIONE DELL'OMS	243

LISTA DELLE ABBREVIAZIONI

ACABQ	Advisory Committee on Administrative and Budgetary Questions
ACC	Administrative Committee on Co-ordination
AFRO	Ufficio Regionale per l'Africa
AMRO	Ufficio Regionale per le Americhe
CCAQ	Consultative Committee on Administration Questions
CIOMS	Council for International Organizations of Medical Sciences
CVI	Children's Vaccine Initiative
DHA	Department of Humanitarian Affairs (UN)
EB	Executive Board
ECA	Commissione Economica per l'Africa
ECHO	European Community Humanitarian Office
ECOSOC	Consiglio Economico e Sociale delle N.U.
EMRO	Ufficio Regionale per il Mediterraneo Orientale
EPI	Expanded Programme on Immunization
EPTA	Expanded Programme of Technical Assistance
EURO	Ufficio Regionale per l'Europa
FAO	Food and Agriculture Organization
FCTC	Framework Convention on Tobacco Control
GPA	Global Programme on AIDS
GPV	Global Programme for Vaccines and Immunization
GPW	WHO General programme of work
HFA	Health For All
IAEA	International Atomic Energy Agency
IARC	International Agency for Research on Cancer
IBFAN	International Baby Food Action Network
ICAO	International Civil Aviation Organization
ICIFI	International Council of Infant Food Industries
ICPD	International Conference on Population and Development
ICRC	International Committee of the Red Cross
IFAD	International Fund for Agricultural Development
ILO	International Labour Organization

IMO	International Maritime Organization
INFACT	International Formula Action Coalition
IOM	International Organization for Migration
IPCS	International Programme on Chemical Safety
JCHP	Joint Committee on Health Policy
N.U.	Nazioni Unite
OAS	Organization of American States
OAU	Organization of African Unity
OCP	Onchocerciasis Control Programme
OECD	Organization for Economic Co-operation and Development
OHSN	Organizzazione d'Igiene della Società delle Nazioni
OIHP	Office International d'Higiène Publique
OIL	Organizzazione Internazionale del Lavoro
OLP	Organizzazione per la Liberazione della Palestina
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
ONG	Organizzazione non Governativa
OR	WHO Official Record
OSPA	Organizzazione Sanitaria Panamericana
PAG	Protein Advisory Group
PAHO	Pan-American Health Organization
PASB	Pan-American Sanitary Bureau
PLO	Palestine Liberation Organization
SEARO	Ufficio Regionale per il Sud Est Asiatico
SPT	Salute per Tutti
SSR	Soviet Socialist Republic
TAB	Technical Assistance Board
TAC	Technical Assistance Committee
TCDC	Technical Cooperation among Developing Countries
TFI	Tobacco Fight Initiative
UN	United Nations
UNAIDS	Joint UN Programme on HIV/AIDS
UNDP	UN Development Programme

UNEP	UN Environmental Programme
UNESCO	UN Educational, Scientific and Cultural Organization
UNFPA	UN Fund for Population Activities
UNHCR	UN High Commissioner for Refugees
UNICEF	UN Children's Fund
UNIDO	UN Industrial Development Organization
UNRRA	UN Relief and Rehabilitation Administration
UNRWA	UN Relief and Works Agency for Palestine Refugees in the Near East
WFP	World Food Programme
WHA	World Health Assembly
WHO	World Health Organization
WPRO	Ufficio Regionale per il Pacifico Occidentale

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) è una di quelle Organizzazioni Internazionali a base universale che nell'art.57 dello Statuto delle Nazioni Unite sono definite come "Istituti Specializzati costituiti con accordi intergovernativi, ed aventi, in conformità ai loro statuti, vasti compiti internazionali nei campi economico, sociale, culturale, educativo, sanitario e simili". Si tratta di un'organizzazione intergovernativa indipendente a carattere permanente e a struttura aperta, con propri organi direttivi, con un proprio bilancio e Segretariato. Il Trattato istitutivo è entrato in vigore il 7 aprile 1948. Tra le 16 agenzie specializzate è una tra le più "ampie" e, a conferma della sua universalità, si può sottolineare che nell'atto costitutivo manca una clausola di espulsione e non è prevista espressamente la facoltà di recesso. L'accordo di collegamento con le Nazioni Unite è entrato in vigore il 10 luglio 1948.

La creazione dell'OMS costituisce la concreta realizzazione della teoria funzionalista. Secondo questa teoria la divisione del pianeta in Paesi sovrani ed indipendenti, cosa che ha causato molte guerre, è ormai superata. Di qui la necessità di accordi funzionali *ad hoc* per una rete di nuove relazioni tra Paesi basate su interessi comuni. La creazione di organizzazioni internazionali funzionali, specializzate in un particolare campo di attività, dovrebbe portare a gruppi professionali transnazionali che potrebbero interrompere o indebolire progressivamente le sovranità nazionali e salvaguardare la pace. Le attività funzionali, economiche, sociali, culturali e tecniche dovrebbero svilupparsi indipendentemente dalla politica. La cooperazione tra nazioni, al di fuori dei canali diplomatici tradizionali e delle contingenze di potere e prestigio, porterebbe ad un inaridimento del sistema tra gli Stati.

In questo contesto, il Trattato istitutivo dell'OMS afferma che "La salute di tutti i popoli è una condizione fondamentale per la realizzazione della pace e della sicurezza e dipende dalla più completa collaborazione tra gli individui e tra gli Stati".

Anche se la teoria funzionalista è rimasta un'utopia, essa ha influenzato i fondatori e i leader dell'Organizzazione che, con più o meno successo, hanno tentato di tenerla lontana dai conflitti politici internazionali che dovrebbero essere affrontati dal braccio politico del sistema, ossia dall'Organizzazione delle Nazioni Unite.

Capitolo 1: ORIGINI E COSTITUZIONE

1.1 I PRECEDENTI

A) Le Conferenze Sanitarie Internazionali, l'Ufficio Internazionale di Igiene Pubblica, l'Organizzazione di Igiene della Società delle Nazioni e l'UNRRA (United Nations Relief and Rehabilitation Administration)

Il regolamento sanitario internazionale del 1853, elaborato dalla Conferenza sanitaria internazionale convocata a Parigi nel 1851, è il primo esempio concreto di cooperazione internazionale intesa a regolamentare la quarantena marittima. A partire dalla seconda Conferenza (Parigi 1859) e della terza (Costantinopoli 1866) le Conferenze prendono la forma di conferenze diplomatiche, a differenza della prima, nella quale i 12 Paesi partecipanti, tutti Europei, erano rappresentati da due delegati, uno diplomatico e l'altro medico. Altre conferenze vennero tenute a Vienna (1874), dove furono identificate le zone di endemicità del colera e le condizioni della sua trasmissibilità, a Washington, dove venne ripresentato il progetto di una agenzia sanitaria internazionale permanente di notificazione, e poi a Roma (1885), Venezia (1892), Dresda (1893), Parigi (1894) e a Venezia (1897), che concentrarono l'attenzione sul colera e la peste. Il progresso delle conferenze diplomatiche portò all'accordo di Roma del 9 dicembre 1907 e alla creazione di un Ufficio Internazionale di Igiene Pubblica (OIHP) con sede a Parigi. L'ufficio aveva la funzione di comunicare agli stati partecipanti le informazioni generali riguardanti la sanità pubblica, quelle specifiche riguardanti il colera, la peste e la febbre gialla, e di far circolare proposte sulle convenzioni sanitarie in vigore. L'OIHP si è occupata anche di altre materie ed in particolare delle professioni connesse alla sanità pubblica, della salubrità degli alimenti, degli ospedali e dell'igiene scolastica e industriale.

Dopo la Prima Guerra Mondiale venne fondata l'Organizzazione di Igiene della Società delle Nazioni (OHSN) che presentava una tendenza, se non ancora all'universalità, almeno a coinvolgere un maggior numero di Paesi non europei. Essa si richiamava all'art.3 del Patto, secondo il quale "i Membri della Società procureranno di prendere provvedimenti di carattere internazionale per la prevenzione e la repressione delle malattie". L'OHSN, più che essere definito

“misto”, appare come un organismo ibrido, capace di assicurare una certa collaborazione funzionale. Il Consiglio consultivo generale di igiene dell'OHSN, non era altro che il Comitato permanente dell'OIHP, mentre erano veri e propri organi dell'Organizzazione il Comitato di igiene, che dirigeva le attività nel campo dell'igiene svolte dalla Società delle Nazioni (S.d.N.), e un segretariato, assicurato dalla sezione di igiene. Nonostante le difficoltà derivanti dalla mancata unificazione dell'azione sanitaria internazionale, costituiscono un prezioso contributo, da parte dell'OIHP, la Convenzione sanitaria internazionale del 1926, che estende al tifo e al vaiolo il trattamento prima riservato alla peste, al colera e alla febbre gialla, e, da parte dell'Organizzazione d'igiene della S.d.N., le iniziative, oltre che per le malattie epidemiche, anche per un certo numero di malattie sociali, e in primo luogo il paludismo, nonché un sistema di collaborazione tecnica con i Governi, che costituiscono un precedente, sia pure alla lontana, dell'assistenza tecnica che sarà realizzata dalle Nazioni Unite.

Al termine del secondo conflitto mondiale operò, per la prestazione di concrete forme di assistenza diretta nei Paesi più colpiti dalla violenza bellica, l'Agenzia per l'Assistenza e la Responsabilità Amministrativa delle Nazioni Unite (UNRRA, United Nations Relief and Rehabilitation Administration), la prima vera agenzia di assistenza internazionale.

Nel 1946 l'UNRRA si dissolse e le sue attività nel campo sanitario furono trasferite, unitamente ai fondi residui, all'OMS e all'UNICEF.

B) Forme significative di cooperazione sanitaria regionale e locale

La cooperazione sanitaria internazionale in campo regionale registra successi per certi aspetti ancora più significativi di quelli raggiunti sul piano internazionale generale. La costituzione, nel 1902, per iniziativa della seconda Conferenza internazionale degli Stati Americani, dell'Ufficio Sanitario Internazionale, diventato nel 1923 Ufficio Sanitario Panamericano, metteva a profitto le recenti scoperte dei meccanismi di trasmissione della febbre gialla. I metodi di lavoro attuati in quella circostanza si sono rilevati preziosi nel seguito della cooperazione sanitaria internazionale. Nel 1947 la XII Conferenza Sanitaria Panamericana darà vita all'Organizzazione Sanitaria Panamericana (OSPA). L'OMS stipulerà con l'OSPA

un accordo, entrato in vigore il 1 luglio del 1949, in forza del quale l'Ufficio Sanitario Panamericano fungerà da organismo regionale dell'OMS.

Quattro organismi sanitari creati per l'applicazione di misure quarantenarie nella regione mediterranea rivestono notevole importanza pratica nella storia della cooperazione sanitaria internazionale. Si trattava di consigli composti dai rappresentanti del paese islamico interessato, da una parte, e dalle potenze europee dall'altro. Il primo è il Consiglio Superiore di Sanità di Costantinopoli, che trae origine il 18 aprile 1838 da una nota ufficiale che il Governo dell'Impero Ottomano rivolge all'Ambasciatore di Francia a Costantinopoli. Gli altri sono: il Consiglio sanitario marittimo e quarantenario d'Egitto creato nel 1843; il Consiglio sanitario di Tangeri e il Consiglio sanitario di Teheran.

1.2 L'OMS E LA CONCEZIONE DELLA COOPERAZIONE INTERNAZIONALE NEL SISTEMA DELLE NAZIONI UNITE

Più di altri istituti specializzati, l'OMS trae vita in maniera diretta dalle Nazioni Unite. Nonostante il primo disegno della Carta delle Nazioni Unite non facesse specifico riferimento alla "Salute" come uno degli interessi dell'Organizzazione, la Conferenza di San Francisco del 1945 si dimostrò sensibile alla necessità di estendere la cooperazione internazionale al campo sociale e in particolare al campo della sanità, la cui importanza era già apparsa evidente all'epoca della Società delle Nazioni. I progressi compiuti durante la seconda guerra mondiale nel campo delle conoscenze scientifiche e pratiche (penicillina e DDT) consentivano finalmente di realizzare efficaci funzioni operative, fino a quel momento accompagnate da un successo talvolta limitato. Appariva opportuno riprendere alcune delle attività svolte dalla Società delle Nazioni in questo campo, ed armonizzarle con taluni progetti concreti di cooperazione regionale. Si rendeva pertanto necessario dare vita ad un'istituzione unitaria, capace di mettere ordine tra le diverse e parziali forme di cooperazione sanitaria internazionale. Grazie ad un'iniziativa delle delegazioni Brasiliana e Cinese, la Prima Assemblea Generale delle N.U. approvò la proposta di convocare una conferenza per la creazione di un'organizzazione mondiale della sanità e la "salute" fu inserita nella Carta.

Nel febbraio del 1946, il Consiglio Economico e Sociale dell'ONU, richiamandosi agli articoli 55 e 59 della Carta, adottò una risoluzione con la quale convocava una Conferenza Internazionale della Sanità finalizzata alla creazione di un'organizzazione *ad hoc* che s'inserisse nell'erigendo sistema delle N.U. (che avrebbe dovuto tenersi non oltre il 20 giugno del 1946) e dava vita ad un Comitato di Cooperazione Tecnica composto di 16 esperti provenienti da sedici Paesi (otto Europei, cinque Americani, due Asiatici e un Africano), e su base consultativa, da rappresentanti dell'Ufficio Sanitario Panamericano, dell'OIHP, dell'Organizzazione Sanitaria della Lega delle Nazioni e dell'UNRRA. Durante il suo primo meeting a Parigi (18 marzo-5 aprile 1946) il Comitato esaminò quattro progetti di atto costitutivo. Non fu raggiunto alcun accordo riguardante le intese regionali con le organizzazioni preesistenti, neppure sulla futura sede centrale dell'Organizzazione: per ragioni economiche e di prestigio la scelta di una sede centrale vicina a quella delle N.U. sembrava opportuna ma fu osteggiata da coloro che erano preoccupati di rivendicare la piena autonomia politica dell'OMS. Il Comitato propose di invitare alla futura Conferenza Paesi che non erano Membri delle N.U. e le Autorità Alleate di controllo in Germania, Giappone e Corea. Le sue raccomandazioni riguardanti l'integrazione dell'OHIP nell'OMS e l'assunzione da parte dell'OMS stesso delle funzioni dell'UNRRA furono approvate dal Consiglio Economico e Sociale.

1.3 LA CONFERENZA INTERNAZIONALE SULLA SANITÀ

La Conferenza tenne la sua prima riunione a New York il 19 giugno 1946 con la partecipazione di 64 Stati, delle Autorità Alleate di controllo in Germania, Giappone e Corea e di 10 Organizzazioni Internazionali. In un mese la Conferenza portò a termine il suo compito: il progetto del Trattato istitutivo dell'OMS. La Conferenza adottò anche un Protocollo per il trasferimento delle funzioni dell'OIHP e costituì una Commissione ad Interim con il compito di preparare la prima Assemblea Mondiale della Sanità.

Tra i molti problemi giuridici che la Conferenza dovette affrontare, i più importanti erano i seguenti:

- l'ammissione di nuovi Membri a maggioranza semplice o a maggioranza dei due terzi: fu adottata la prima soluzione.

- scelta di quale organo dell'OMS tra il Consiglio Esecutivo o l'Assemblea dovesse decidere la sospensione dei privilegi di voto e dei servizi ai quali gli Stati Membri hanno diritto qualora vengano meno agli obblighi finanziari nei confronti dell'Organizzazione od in altre eccezionali circostanze: data l'importanza di questa decisione, la competenza fu attribuita all'Assemblea.
- l'espulsione o il diritto di recesso di uno Stato Membro. I partecipanti non inclusero alcuna clausola di esclusione sulla base dei motivi seguenti: un'espulsione danneggerebbe l'Organizzazione più che lo Stato interessato e di conseguenza questo Stato potrebbe meglio difendere i propri interessi rimanendo nell'Organizzazione. Anche per il diritto di recesso dall'Organizzazione non furono stabilite nell'atto costitutivo né il principio né le modalità. In particolare, gli Stati Uniti hanno subordinato la loro adesione all'OMS alla condizione di poter recedere dall'Organizzazione in ogni momento, con il preavviso di un anno. Poiché su questo problema non fu trovato alcun accordo l'OMS nel 1949-1950 rifiutò di riconoscere il recesso ai Paesi Socialisti, trattandoli come "Membri inattivi".
- la partecipazione all'OMS di territori o di gruppi di territori che non erano responsabili della condotta delle proprie relazioni internazionali, ossia dei molti protettorati o delle colonie del tempo. La questione era importante, in considerazione del tipo di territori e delle loro popolazioni. La Conferenza decise di ammettere tali territori come Membri Associati, su richiesta fatta nel loro interesse dai Membri o dalle autorità che avevano la responsabilità delle loro relazioni internazionali. I rappresentanti dei Membri Associati dovevano essere scelti dalle popolazioni indigene allo scopo di assicurare una genuina rappresentatività e di impedire alle Potenze coloniali di dominare le delegazioni.

1.4 COSTITUZIONE DELL'ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ

Il 22 luglio 1946 fu sottoscritto dai rappresentanti di 61 Stati (51 dei quali erano Membri delle N.U.) il Trattato Istitutivo della WORLD HEALTH ORGANIZATION. Il Trattato è entrato in vigore il 7 aprile 1948 data in cui si è realizzata la condizione prevista dall'articolo 80 e cioè quando 26 Membri delle

Nazioni Unite sono venuti a far parte dell'Organizzazione secondo le modalità indicate nell'articolo 79, che stabilisce che gli Stati possono acquisire la qualità di membro a seguito di firma del Trattato istitutivo senza riserva di approvazione, di firma con riserva di approvazione oppure di accettazione pura e semplice.¹

E' questa una previsione molto elastica, volta a consentire a ciascuno Stato di operare in ossequio alle proprie norme costituzionali.² Nel periodo di quasi due anni intercorrente tra la firma del Trattato istitutivo da parte dei plenipotenziari e la sua entrata in vigore, operò la Commissione provvisoria creata dalla Conferenza di New York per condurre i lavori preparatori dell'Organizzazione. In applicazione dell'articolo 69 dell'atto costitutivo e dell'articolo 57 della Carta delle N.U., l'OMS ha stipulato un accordo di collegamento con le Nazioni Unite. Esso è stato approvato dall'Assemblea Generale dell'ONU il 15 novembre 1947, ed è entrato in vigore il 10 luglio 1948,³ data in cui è stato approvato anche dalla prima Assemblea Mondiale della Sanità (a norma degli artt.69 dell'atto costitutivo dell'OMS e 22 dell'accordo stesso).

L'OMS ha inoltre aderito, il 17 luglio 1948 alla Convenzione sui privilegi e sulle immunità degli Istituti Specializzati adottata dalle Nazioni Unite il 21 Novembre 1947.⁴ In quella circostanza ha adottato anche l'allegato VII, che tratta dei privilegi e delle immunità riconosciuti ad una categoria di agenti internazionali che a quel momento era relativamente nuova, quella degli "esperti", da tenere distinta dalla categoria dei "funzionari" prevista nell'art.VI della Convenzione.

L'Italia è Membro dell'Organizzazione dall'11 aprile 1947 (la ratifica italiana fu approvata con il d. legisl. C.P.S. 4 marzo 1947, n.1068).

Il 7 aprile di ogni anno si celebra la "Giornata Mondiale della Sanità" a ricordo della costituzione dell'OMS dedicata ad un tema o argomento particolare. L'argomento per il 2000 è "il sangue salva la vita". Gli argomenti degli ultimi anni hanno riguardato le malattie infettive emergenti, la salute delle città e l'eradicazione della poliomielite.⁵

¹ Basic Documents, Forty Second Edition, Geneva, 1999

² E. Greppi: OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità). Novissimo Digesto Italiano, Appendice, Volume V, Torino, 1987, p. 447

³ Basic Documents, Forty Second Edition, Geneva, 1999

⁴ Basic Documents, Forty Second Edition, Geneva, 1999

⁵ www.who.int

1.5 I RISULTATI DELLA COMMISSIONE AD INTERIM

La Commissione ad Interim creata dalla Conferenza di New York ha operato per un periodo di quasi due anni.

La Commissione doveva assumere le funzioni delle organizzazioni sanitarie anteriori alla creazione dell'OMS ed, in generale, essere responsabile del trasferimento di poteri, ossia preparare e convocare la Prima Assemblea Mondiale della Sanità, negoziare accordi con le Nazioni Unite, con altre organizzazioni intergovernative nonché con organizzazioni nazionali e non governative ed infine prendersi carico di compiti tecnici che richiedevano intervento immediato. La Commissione era composta da diciotto Stati ciascuno dei quali doveva designare un rappresentante tecnicamente qualificato nel campo sanitario coadiuvato, quando necessario, da consulenti o simili. Fu nominato un Segretariato Esecutivo le cui funzioni erano simili a quelle conferite dal Trattato istitutivo al Direttore Generale futuro. Tra le più importanti attività e risultati della Commissione:

- a) subentrare alle attività delle precedenti organizzazioni sanitarie consistenti in:
- servizi di informazione epidemiologica
 - attuazione e revisione delle Convenzioni Sanitarie Internazionali esistenti
 - controllo di prodotti farmaceutici suscettibili di effetti collaterali
 - classificazione delle cause di morte e di malattia
 - standardizzazione biologica
 - unificazione delle farmacopee
 - lotta alla malaria, tubercolosi e malattie veneree
 - formazione di personale sanitario e miglioramento dei servizi sanitari nazionali
 - assistenza diretta a specifici Paesi.

La Commissione rimase operante più del previsto e l'orientamento dato alle attività ebbe un'influenza determinante sul futuro dell'OMS.

- b) L'integrazione nell'OMS di organizzazioni sanitarie regionali. Il principale problema fu quello del Consiglio Sanitario Panamericano. Nessun accordo fu trovato sulle modalità finanziarie di tale integrazione né sulla possibilità di annullare o di rivedere l'Accordo proposto. La questione fu discussa alla Prima Assemblea Mondiale della Sanità unitamente all'integrazione proposta dal Consiglio Sanitario della Lega degli Stati Arabi all'interno dell'OMS.

Quest'ultimo organo era, di fatto, il Consiglio regionale di Informazione Epidemiologica dell'OIHP. Nel 1946 la Lega Araba convenne di convertire questo Consiglio nella sua organizzazione sanitaria regionale, ma per raggiungere questo obiettivo dovette attendere fino al 1948. La Commissione ad Interim non fu in grado di approvare l'integrazione di un'organizzazione che formalmente non era ancora stata creata.

- c) La negoziazione degli accordi con le Nazioni Unite ed altre organizzazioni internazionali. Nell'Agosto del 1947 la Commissione e l'ECOSOC prepararono una bozza di Accordo che fu approvata da entrambe le parti e dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite. L'Accordo regolamentava le relazioni fra le Nazioni Unite e l'OMS in veste di agenzia specializzata. Era stata altresì stabilita una collaborazione fattiva con la FAO e l'UNESCO. I Progetti di Accordi con tali organizzazioni, con l'ILO e l'ICAO furono quindi sottoposte all'Assemblea.
- d) La preparazione e la Convocazione della Prima Assemblea Mondiale della Sanità. L'ultimo compito della Commissione fu la convocazione dell'Assemblea, con la preparazione dell'ordine del giorno e della necessaria documentazione. Tra queste, proposte per il programma operativo ed il bilancio dell'Organizzazione per il primo anno, rapporti sulla sede e sulla scelta di aree geografiche quali base per la creazione di organizzazioni regionali e stesura di regolamenti finanziari e relativi al personale. La Commissione doveva anche sottoporre all'Assemblea un rapporto sul proprio lavoro.

L'Assemblea fu convocata a Ginevra il 24 giugno del 1948 dopo le ratifiche del Trattato istitutivo dell'OMS da parte di 26 Stati firmatari, Membri delle Nazioni Unite.

1.6 LA PRIMA ASSEMBLEA MONDIALE DELLA SANITA'

La Prima Assemblea Mondiale della Sanità si riunì nel Palazzo delle Nazioni a Ginevra il 24 giugno del 1948. Vi presero parte 53 delegazioni degli Stati Membri, osservatori provenienti da nove Stati non Membri provenienti dalle Commissioni delle Autorità Alleate di Controllo sulle zone occupate in Germania, Giappone e Corea, dalle Nazioni Unite e da cinque agenzie specializzate, dall'OIHP e dal PASB. L'Assemblea elesse diciotto Stati Membri con il diritto di designare le persone che

dovevano far parte del Consiglio Esecutivo. Come proposto dal Consiglio l'Assemblea elesse come primo Direttore Generale il Dr. Brock Chisholm (Canada) che già aveva operato in qualità di Segretario Esecutivo nella Commissione ad Interim.

L'Assemblea approvò un programma basato essenzialmente sulle raccomandazioni della Commissione ad Interim, approvò il bilancio dell'Organizzazione e scelse Ginevra come sede centrale.

L'Assemblea stabilì inoltre relazioni ufficiali con le Nazioni Unite, con l'ILO, FAO e UNESCO approvando i progetti di Accordo con queste organizzazioni.⁶

Essa decise che l'OMS avrebbe perseguito e sviluppato la collaborazione attiva che già era stata avviata fra la Commissione ad Interim da una parte, e dall'altra l'ECOSOC e i suoi organi affiliati in quei campi comuni quali farmaci, problemi demografici e statistici, prevenzione della criminalità e trattamento dei delinquenti, problematiche sanitarie, igiene abitativa, e la Dichiarazione dei Diritti dell'Infanzia. L'Assemblea espresse la sua volontà di avviare una collaborazione con altre organizzazioni quali ICAO, il Comitato Preparatorio dell'Organizzazione Internazionale per i Rifugiati e l'UNICEF.

L'Assemblea approvò inoltre i Principi che regolano le Relazioni fra l'OMS e le Organizzazioni non Governative.

Infine l'Assemblea decise che la Commissione ad Interim cessasse le sue funzioni il 31 agosto del 1948 allo scadere della mezzanotte.

1.7 SCOPI E FUNZIONI DELL'OMS

Il Preambolo dell'atto costitutivo dell'OMS contiene l'enunciazione di alcuni principi che sono indicati come "fondamentali per la felicità, per armoniose relazioni e per la sicurezza di tutti i popoli". Il godimento del più alto livello possibile di salute è definito come "uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano", e il concetto di salute è ricollegato a quelli di pace e sicurezza, obiettivi globali del sistema delle Nazioni Unite⁷ ("la salute di tutti i popoli è fondamentale per il conseguimento della pace e della sicurezza e dipende dalla massima cooperazione dei singoli e degli stati"). E' un richiamo al principio secondo cui le finalità particolari perseguite da

⁶ Basic Documents, Forty Second Edition, Geneva, 1999

ciascun istituto specializzato sono funzionali al mantenimento della pace e della sicurezza.⁸

L'obiettivo centrale dell'Organizzazione, sinteticamente delineato dall'art.1, è quello del raggiungimento, da parte di tutti i popoli, del più alto livello possibile di salute. E che cosa debba intendersi per salute è precisato nella definizione molto ampia e comprensiva che ne dà il Preambolo: "Uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non meramente assenza di malattie o infermità".

Uno sviluppo ineguale nei differenti Paesi nel campo della promozione della salute e nel controllo delle malattie è ritenuto un pericolo comune della società internazionale e, come tale, richiede l'adozione di adeguate misure sanitarie e sociali da parte di tutti i governi, che hanno una precisa responsabilità per la salute dei propri sudditi. Oltre alla responsabilità dei governi è richiamata anche la cooperazione attiva del pubblico e la necessità di un'opinione pubblica informata.⁹ Un sano sviluppo del bambino è ritenuto di basilare importanza ed è inserito pertanto tra le enunciazioni generali contenute nel Preambolo dell'atto costitutivo. L'estensione a tutti i popoli delle conoscenze in materia sanitaria, poi, è riconosciuta strumento indispensabile per il raggiungimento degli obiettivi dell'Organizzazione.

Le funzioni dell'Organizzazione sono oggetto di un lungo elenco (22 punti)¹⁰ contenuto nell'art.2. Le più importanti sono le seguenti:

- assistenza ai governi che ne facciano richiesta per migliorare i servizi sanitari
- assistenza tecnica e aiuto di emergenza su richiesta o accettazione dei governi
- attività di stimolo alla prevenzione, alla promozione del progresso in tutte le materie connesse con quella sanitaria
- promozione della cooperazione scientifica
- proporre convenzioni e regolamenti, e fare raccomandazioni in materia di sanità internazionale
- tutela della salute della madre e del bambino
- impulso alla ricerca, all'informazione e alla formazione professionale
- standardizzazione dei procedimenti diagnostici

⁷ Basic Documents, Forty Second Edition, Geneva, 1999

⁸ G. Biscottini: Il Diritto delle Organizzazioni Internazionali, Parte II, le Principali Organizzazioni, Padova, 1981, p.64

⁹ Basic Documents, Forty Second Edition, Geneva, 1999

¹⁰ Basic Documents, Forty Second Edition, Geneva, 1999

- sviluppo di standard internazionali per quanto concerne prodotti alimentari, biologici, farmaceutici e similari.

In tutte queste molteplici funzioni, all'Organizzazione è affidato il compito di operare come autorità di direzione e coordinamento, nonché di assicurare la realizzazione di un'effettiva collaborazione con le Nazioni Unite, con gli Istituti Specializzati, con le amministrazioni sanitarie statali, con gruppi professionali e con altre organizzazioni. Informazione, assistenza tecnica, stimolo e coordinamento della ricerca scientifica, impulso alle attività di prevenzione e di cura, coordinamento delle iniziative in materia sanitaria sono in sintesi le funzioni centrali dell'OMS.

Capitolo 2: LA SALUTE COME DIRITTO DELL'UOMO

2.1 LA SALUTE NEGLI ATTI INTERNAZIONALI SULLA PROTEZIONE DEI DIRITTI DELL'UOMO

Il diritto alla salute rappresenta un obbligo legale internazionale degli Stati atto a promuovere e proteggere la salute delle loro popolazioni.¹¹

I fondatori dell'OMS hanno dato prova di chiarezza vigilando affinché la salute venisse riconosciuta quale diritto fondamentale dell'uomo nel testo dell'atto costitutivo dell'OMS nel quale si legge che "il godimento del miglior stato di salute raggiungibile costituisce uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano senza distinzione di razza, religione, opinioni politiche, condizione economica o sociale".¹²

È interessante notare che, per quel che riguarda la salute, la Dichiarazione Universale Dei Diritti dell'Uomo, il cui 50° anniversario è stato commemorato nel 1998, è più sfumata rispetto al Trattato istitutivo dell'OMS. L'art.25 della Dichiarazione proclama che "ogni individuo ha diritto a un livello di vita sufficiente a garantire la sua salute, il suo benessere e quelli della sua famiglia, principalmente per l'alimentazione, il vestiario, l'abitazione, le cure mediche nonché i servizi sociali necessari...". La Dichiarazione Universale pertanto non garantisce un diritto alla salute "*per se*", ma un diritto alla salute connesso al diritto ad un adeguato standard di vita.¹³

A tutt'oggi, un solo strumento internazionale sui diritti dell'uomo – il Protocollo di San Salvador del 1988 – adottato nel quadro dell'Organizzazione degli Stati Americani – proclama realmente un "diritto alla salute", sempre che quest'espressione sia interpretata nell'articolo pertinente a significare "il possesso del più alto grado di salute fisica e mentale e di benessere sociale".¹⁴

Esistono attualmente numerosi strumenti internazionali attinenti ai diritti dell'uomo che si riferiscono alla salute e ai problemi a essa correlati. I più importanti tra essi sono:

- il Patto Internazionale sui diritti Economici, Sociali e Culturali del 1966

¹¹ A.L. Taylor: Making the World Health Organization work. American Journal of Law and Medicine, 1992, p.309

¹² <http://www.who.ch/>

¹³ A.L. Taylor: Making the World Health Organization work . American Journal of Law and Medicine, 1992, p.309

¹⁴ Communiqué de presse OMS 50/4, mars 1998

- la Convenzione sull'Eliminazione di ogni forma di discriminazione femminile del 1979
- la Convenzione relativa ai diritti dell'infanzia del 1989.

Il Patto sui Diritti economici, Sociali e Culturali (International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights) è stato promosso dalle Nazioni Unite allo scopo di evidenziare l'obbligo legale necessario per promuovere il diritto alla salute. Il Patto traduce in legge essenzialmente ciò che la Dichiarazione Universale ha dichiarato¹⁵. Quest'ultima costituisce, infatti, la base normativa per il Patto che può essere considerato lo strumento più significativo delle Nazioni Unite atto a garantire un diritto alla salute.

L'art.12.1 del Patto assicura il diritto di ogni individuo a godere delle migliori condizioni di salute fisica e mentale che sia in grado di conseguire. Il Patto prevede anche, *inter alia*, che ogni nazione, alla massima portata delle sue risorse disponibili, intraprenda iniziative finalizzate a raggiungere il più alto livello di salute fisica e mentale per tutti gli individui, senza discriminazione.

L'art 12.2 del Patto identifica gli interventi che gli Stati Parte dovranno compiere per assicurare la piena attuazione di questo diritto, comprendendo quelli necessari per:

- a. la diminuzione del tasso di nati-morti e della mortalità infantile nonché il sano sviluppo dei fanciulli
- b. miglioramento di tutti gli aspetti dell'igiene ambientale e industriale
- c. profilassi, cura e controllo di malattie epidemiche, endemiche, professionali e d'altro genere
- d. creazione di condizioni che garantiscano a tutti servizi medici e assistenza medica in caso di malattia.

Sebbene il Patto non specifichi il preciso obiettivo degli obblighi dei singoli Stati Membri l'ampio contenuto della norma è relativamente chiaro. Essa riconosce che il diritto alla salute rappresenta un elemento essenziale della dignità umana. L'art.12 rispecchia il concetto fondamentale di eguaglianza e di non discriminazione nel promuovere la salute di ogni individuo.

Il diritto alla salute non costituisce un diritto alla buona salute individuale (si tratta del diritto a certe condizioni per la salute e non del diritto alla salute). Esso non è

¹⁵ A.L. Taylor: Making the World Health Organization work. American Journal of Law and Medicine, 1992, p.310

neppure sinonimo di diritto all'assistenza sanitaria, in quanto l'assistenza sanitaria è soltanto una componente dell'art.12 (il Patto chiarisce che il diritto alla salute di un individuo non dipende esclusivamente o essenzialmente dall'organizzazione dei servizi sanitari). Inoltre il diritto alla salute non sottende necessariamente il libero accesso ai servizi sanitari dal momento che il Patto prescrive soltanto prestazioni sulla base della non discriminazione per coloro che non possono provvedere autonomamente. Il diritto alla salute non può essere concettualmente o praticamente isolato dagli altri diritti umani indicati articolo per articolo nella Carta Internazionale dei diritti Umani, compresi vita, alimentazione, educazione e sicurezza sociale. La salute individuale è essenziale al godimento dei diritti umani, è requisito indispensabile per la partecipazione alla vita sociale, politica ed economica. Infine il diritto alla salute rappresenta un concetto dinamico: come la società, la tecnologia, e i mezzi che migliorano la condizione umana sono in continua evoluzione, nella stessa direzione deve evolversi la finalità degli obblighi degli Stati in conformità all'art.12.¹⁶

Sebbene il Patto imponga obblighi internazionali agli Stati per aiutare altre nazioni nella realizzazione del diritto alla salute, il dovere primario di garantire questo diritto spetta agli Stati Parte nei confronti delle rispettive popolazioni. Oltre ad assicurare assistenza tecnica ed economica ad altre nazioni secondo l'art.2 del Patto "l'accettazione internazionale dei diritti umani è vista nel contesto del sistema di stato, con obblighi limitatamente agli individui della propria società".

Lo scopo dell'obbligo di realizzare il diritto alla salute potrebbe essere esteso. Le sfide sanitarie internazionali emergenti, inclusa l'HIV/AIDS suggeriscono che la comunità mondiale non isoli, né concettualmente né praticamente, le problematiche sanitarie di una nazione da quelle di altre nazioni. Il dovere di uno stato di provvedere alle condizioni di salute della popolazione locale può implicare alcuni obblighi di assistenza multilaterale ai settori sanitari di altri Paesi.

L'OMS ha un ruolo importante nell'attuazione delle disposizioni di tutti questi Strumenti Internazionali inerenti alle problematiche sanitarie. Essa lavora in stretta collaborazione con l'Alto Commissariato dei Diritti dell'Uomo, con le Istituzioni che esaminano i rapporti presentati dagli Stati Parte in applicazione degli strumenti

¹⁶ A.L. Taylor: Making the World Health Organization work. American Journal of Law and Medicine, 1992, p.311

soprammenzionati e con gli Stati Membri ai quali essa fornisce assistenza per tradurre nella realtà le disposizioni di questi strumenti.

* L'OMS ha contribuito ad elaborare le linee direttrici allo scopo di aiutare i Paesi a redigere i rapporti che devono essere regolarmente sottoposti agli organi incaricati dell'applicazione dei trattati.

* L'OMS partecipa ai lavori della Commissione dei Diritti dell'Uomo e alla Sottocommissione della Lotta contro le Misure discriminatorie e della Protezione delle Minoranze. Tra le numerose problematiche che si riferiscono direttamente o indirettamente alla salute e che sono state esaminate dalla Commissione nel corso del 1997 occorre citare: i diritti dell'uomo e l'estrema povertà, i diritti e l'ambiente, gli effetti nefasti del trasporto e degli scarichi illeciti di rifiuti tossici e di prodotti dannosi, la violenza sulle donne, i diritti dell'uomo e la bioetica, le pratiche tradizionali che colpiscono la salute delle donne e dei bambini, i diritti dell'uomo e l'HIV/AIDS, i diritti dell'uomo e gli esodi massicci, le persone emarginate all'interno dei loro Paesi, i diritti dell'uomo delle persone affette da handicap, atti di accuse di prelievi illeciti di organi e tessuti nei bambini e le popolazioni autoctone.¹⁷ Oltre agli strumenti internazionali relativi ai diritti dell'uomo che hanno forza obbligatoria, tutta una serie di conferenze mondiali tenute recentemente sotto gli auspici dell'Organizzazione delle Nazioni Unite hanno tratto conclusioni che riguardano il settore della sanità nel suo complesso e i diritti dell'uomo.

* L'OMS ha svolto un ruolo attivo durante la Conferenza Mondiale di Vienna sui Diritti dell'Uomo tenutasi nel 1993 che resterà nella storia come il primo forum mondiale che ha inequivocabilmente dichiarato che "i diritti della donna fanno parte dei diritti della persona umana". Grazie in parte al ruolo dell'OMS nel perorare a favore di quest'idea, la Dichiarazione e il Programma d'Azione di Vienna hanno proposto un quadro di attività da intraprendersi su scala internazionale e nazionale al fine di tradurre questo concetto in realtà. Uno dei contributi dell'OMS a questa conferenza è stato l'elaborazione di un documento successivamente pubblicato dall'Organizzazione dal titolo "La salute delle donne e i diritti dell'individuo: la promozione e la protezione della salute femminile mediante il diritto internazionale relativo ai diritti dell'uomo".

¹⁷ [http:// www.who.ch/](http://www.who.ch/)

* Nelle attività di stimolo che essa opera in questo campo, l'OMS beneficia del sostegno concreto della Commissione Mondiale per la Salute Femminile, un organismo internazionale di politica e di discussione ad alto livello creato dal Direttore Generale dell'OMS. Questa Commissione è particolarmente attenta al problema della violenza sulle donne, all'educazione per la salute delle donne e delle ragazze e alla morbilità e mortalità materna. Queste problematiche sono indissolubilmente legate al pieno esercizio di tutti i diritti della persona umana da parte delle ragazze e delle donne.

* Buona parte degli aspetti dei diritti dell'uomo relativi alla salute affrontati a Vienna sono in seguito stati ripresi ed illustrati nel quadro della Conferenza Internazionale sulla Popolazione e Sviluppo (Cairo, settembre 1994), del Summit mondiale per lo sviluppo sociale (Copenaghen, marzo 1995) e della Quarta Conferenza sulle donne (Beijing, settembre 1995).

L'OMS ha anche preso parte alla stesura dei principi per la protezione delle persone colpite da malattie mentali e per il miglioramento delle cure in fatto di salute mentale, i quali sono stati adottati dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite nel dicembre 1991; essa ha anche collaborato alla stesura della Dichiarazione Universale sul Genoma Umano e i Diritti dell'Uomo, adottata dalla Conferenza generale dell'UNESCO nel novembre 1997.¹⁸

Il "diritto alla salute", più attuale che mai, non ottiene ancora tutta l'attenzione che merita e molto rimane da fare in termini di promozione e protezione di questo diritto dell'uomo. L'OMS intraprenderà altre attività nei prossimi anni a favore della salute nel contesto dei diritti dell'uomo con la collaborazione di numerosi partner internazionali, governativi e non governativi. Queste partnership le permetteranno di:

- fare sforzi per definire con l'aiuto degli organi incaricati dell'applicazione dei trattati ciò che s'intende per "diritto alla salute", vale a dire gli obblighi che ne derivano per gli Stati firmatari.
- cooperare con gli Stati Membri sul problema della protezione e della promozione della salute e dei diritti dell'uomo
- elaborare programmi afferenti la salute nel quadro dei diritti dell'uomo indirizzati ai professionisti della sanità, ai responsabili locali e ad altri interessati

¹⁸ [http:// www.who.ch/](http://www.who.ch/)

- vigilare affinché i dati e le informazioni disponibili in materia di salute siano messi a disposizione di entità quali gli organismi di difesa dei diritti dell'uomo, gli organi incaricati dell'applicazione dei trattati e le Organizzazioni non Governative poiché essi rappresentano preziosi indicatori del rispetto o del non rispetto dei diritti dell'uomo.
- sensibilizzare i professionisti sanitari agli aspetti del loro lavoro quotidiano che vertono sulla salute e sui diritti dell'uomo, allo scopo di contribuire al godimento del miglior stato di salute “da parte dei bambini, delle donne, degli anziani, degli handicappati, delle persone affette da turbe mentali, dei malati ospedalizzati o meno e di altri gruppi vulnerabili o potenzialmente vulnerabili in tutte le nostre società”.¹⁹

¹⁹Communiqué de presse OMS 50/4 1998

Capitolo 3: LA SALUTE E L'OMS

3.1 IL CONCETTO DI “SALUTE” NELL’OMS

La definizione di salute è contenuta nel Preambolo dell’atto costitutivo e si fonda su due elementi, uno individuale e l’altro collettivo.²⁰

- Elemento individuale: “La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non consiste soltanto nell’assenza di malattie ed infermità”. Inoltre, sempre mettendo l’individuo al centro di questa definizione, “Il godimento del migliore stato di salute raggiungibile costituisce un diritto fondamentale di ogni essere umano, senza distinzioni di razza, religione, opinioni politiche, condizione economica o sociale”.
- Elemento collettivo: due fattori che concorrono alla definizione della salute dal punto di vista collettivo hanno carattere positivo: “La salute di tutti i popoli è una condizione fondamentale per la realizzazione della pace e della sicurezza e dipende dalla più completa collaborazione tra gli individui e tra gli Stati”; “i risultati conseguiti da ogni Stato nel miglioramento e nella protezione della salute sono preziosi per tutti”.

Un elemento ha invece carattere negativo: “Un progresso diseguale nei diversi Paesi nel miglioramento della salute e nella lotta alle malattie, in particolare contro le malattie contagiose, costituisce un pericolo comune”.

Completa la definizione del concetto di sanità l’affermazione: “I governi hanno la responsabilità per la salute dei loro popoli”.

3.2 EVOLUZIONE DEL CONCETTO DI SALUTE NELLA PRASSI DELL’OMS

Prima della creazione dell’OMS l’attenzione delle conferenze e delle istituzioni sanitarie internazionali era concentrata sulla protezione della salute dalle malattie trasmissibili e dalle epidemie, dalle quali risultavano danneggiate in specie le popolazioni europee. Col tempo al concetto di protezione viene sostituito quello di promozione delle condizioni di salute, di tutti i popoli del mondo, in conformità alla tendenza che si afferma in tutti i campi dell’azione sociale internazionale. Dalle

²⁰ Basic Documents, Forty Second Edition, Geneva, 1999

malattie trasmissibili (che sono affrontate con le campagne di vaccinazione e poi addirittura di eradicazione) l'attenzione e la conseguente azione di ricerca e operativa dell'OMS si trasferiscono sulle malattie non trasmissibili.

3.3 PRESUPPOSTI E CONDIZIONI DELLA SALUTE

Nello spirito degli estensori del Trattato istitutivo dell'OMS, tre condizioni sono indispensabili per raggiungere gli obiettivi dell'OMS:

- 1) L'estensione a tutti i popoli dei vantaggi delle conoscenze mediche, psicologiche è essenziale ai fini del raggiungimento del più alto livello di salute.
- 2) L'informazione e l'attiva cooperazione della collettività sono di estrema importanza nel miglioramento della salute delle persone.
- 3) I governi sono responsabili della salute dei loro popoli e devono adottare tutte le misure mediche e sociali. Questa responsabilità potrebbe essere realizzata dai singoli Governi, come pure in cooperazione con l'Organizzazione che, in ordine al raggiungimento del suo obiettivo, deve operare come autorità di direzione e coordinamento, e assicurare un'effettiva collaborazione con le Nazioni Unite.

Il Trattato elenca in dettaglio le funzioni che devono essere perseguite in ordine al raggiungimento degli obiettivi. Queste possono essere divise in due categorie:

- 1) misure preventive e curative dirette ad eliminare le malattie epidemiche, endemiche e altre malattie, includendo la salute mentale e la prevenzione delle malattie accidentali.
- 2) più generalmente, rafforzamento dei servizi sanitari nazionali, includendo la salute dei bambini, la sicurezza degli ospedali, il miglioramento delle condizioni abitative, sanitarie, ricreative, economiche e lavorative ed altri aspetti dell'igiene ambientale.

L'Organizzazione vorrebbe realizzare questo generale scopo assumendo le seguenti funzioni, vuoi singolarmente, vuoi in collaborazione con le N.U., agenzie specializzate, amministrazioni sanitarie governative, gruppi professionali ed altre organizzazioni:

- A) una funzione operativa: fornire assistenza tecnica e, in casi d'emergenza, il necessario aiuto, subordinato al requisito dell'accettazione degli Stati.

- B) un ruolo normativo: proporre convenzioni, accordi e regolamenti nel mondo della salute internazionale, stabilire e revisionare le nomenclature internazionali delle malattie e delle cause di decesso, standardizzare le procedure diagnostiche, sviluppare, stabilire e promuovere gli standard internazionali riguardo i prodotti alimentari, biologici, farmaceutici e simili.
- C) una funzione di ricerca: promuovere e condurre ricerche nel mondo della salute.
- D) una funzione di stimolo: promuovere standard migliori d'insegnamento e d'approfondimento nelle professioni sanitarie e mediche.
- E) una funzione informativa: stabilire e mantenere i servizi statistici ed epidemiologici, fornire informazioni, consulenze e sviluppare nell'opinione pubblica la coscienza circa i problemi della salute.

Il raggiungimento del più alto livello possibile di salute per tutti i popoli pone il problema del ruolo dell'organizzazione in relazione alla responsabilità dei governi per la salute della loro popolazione. Come Organizzazione intergovernativa, l'OMS è soggetta alle istruzioni e alle decisioni dei suoi Stati Membri che siedono nell'Assemblea e nel Consiglio Esecutivo: la sua autonomia è limitata. Il suo ruolo come autorità di direzione e coordinamento non può essere imposto agli Stati Membri. La sua autorità può essere riconosciuta solo se essa dimostra la propria competenza in vari campi della salute pubblica e la sua capacità di agire a livello internazionale.

L'autorità dell'organizzazione e la sfera della sua azione dipendono dalla volontà politica degli Stati Membri di riconoscerne la competenza e le risorse necessarie. Chiaramente gli Stati Membri più influenti non hanno nessuna intenzione di convertire l'Organizzazione in un Ministero mondiale delle sanità, nemmeno essi aspirano a creare un governo mondiale. Il margine dell'azione autonoma dei Direttori Generali è perciò ristretto: essi devono rafforzare la credibilità scientifica e gestionale, provare che l'OMS è utile sia ai Paesi ricchi sia ai Paesi poveri a rinnovare strategie obsolete, lanciare programmi innovativi, ottenere risorse regolari e a "vendere" la propria organizzazione agli Stati Membri, all'industria multinazionale della salute e all'opinione pubblica.

Un altro problema basilare è quello della collocazione della salute pubblica all'interno dell'economia degli Stati. Il secondo Direttore Generale riconobbe che:

“la salute è parte integrante dello sviluppo economico e sociale e l’uomo è il primo autore di questo sviluppo. Senza di lui lo sviluppo non ha significato. E senza la salute lo sviluppo non ha speranza di mettere radici”.²¹

I programmi nazionali della salute devono allora essere integrati nei programmi economici e sociali di ogni Stato. L’OMS stesso dovrebbe integrare i propri programmi sanitari ai livelli nazionale ed internazionale all’interno della struttura generale dei piani dello sviluppo economico e sociale. Di qui una potenziale contraddizione tra l’ambizione dell’OMS di promuovere la creazione e lo sviluppo di numerosi programmi di salute e la necessità politica, per i leaders nazionali, di stabilire delle priorità ai loro vari programmi di sviluppo, senza trascurare le esigenze difensive nazionali e perdere prestigio.

3.4 EVOLUZIONE DEGLI ASPETTI FUNZIONALI DEL PROGRAMMA DELL’OMS

La Prima Assemblea Mondiale della Sanità fissò l’orientamento futuro delle attività dell’Organizzazione, principalmente sulla base di raccomandazioni della Commissione ad Interim: i vari programmi furono raggruppati in categorie in ordine di importanza. Malaria, salute della madre e del bambino, tubercolosi, malattie veneree, misure igieniche ambientali e nutrizionali furono classificate come “top priority”. La seconda priorità fu attribuita alla amministrazione della sanità pubblica, la terza alle malattie parassitarie, la quarta alle malattie virali e la quinta alle malattie mentali. La sesta priorità fu assegnata ad un gruppo misto di altre attività.²²

Venti anni dopo il Direttore Generale annunciò che le necessità prioritarie degli Stati Membri avrebbero continuato collettivamente e separatamente a delineare i programmi futuri dell’OMS. Furono selezionate tre aree con attenzione particolare a:

- 1) educazione e addestramento del personale
- 2) richiesta di collaborazione nella acquisizione e scambio di conoscenze, di importanza cruciale per l’espansione e il successo di molte attività di ricerca e di attività connesse.

²¹ The Second Ten Years of the World Health Organization 1958-1967, Geneva, 1968, p.9

²² The First Ten Years of The World Health Organization, Geneva, 1958, p.73

3) richiesta costante di assistenza diretta ai Paesi per lo sviluppo dei servizi sanitari, sia in generale (incluso lo sviluppo dei servizi sanitari di base) sia in campi specifici, dalle campagne di massa per il debellamento della malaria e del vaiolo alla creazione di laboratori per il controllo o per i prodotti farmaceutici.²³

Nel 1955 l'OMS promosse un ambizioso programma di debellamento della malaria che però fu riconosciuto fallimentare alla fine degli anni '70. Per contro il programma sul vaiolo, condotto nel decennio '67/'77 fu un successo brillante per l'OMS. Nel 1974 il Programma di Controllo della Oncocercosi (cecità da fiume), fu lanciato in Africa orientale. Sempre nel 1974 l'OMS iniziò il Programma Globale di Immunizzazione dei bambini.

Un'innovazione importante, la strategia della "Salute per Tutti per l'anno 2000", venne adottata da una Conferenza Internazionale del 1978 organizzata congiuntamente dall'OMS e dall'UNICEF: lo scopo era di modificare radicalmente i concetti, gli obiettivi, le pratiche e le procedure degli Stati Membri e dell'OMS.

Nel 1987 venne creato il Programma Globale sulla AIDS nel segretariato dell'OMS. Nel 1988 la 41°Assemblea Mondiale della Sanità stabilì che la poliomielite dovesse essere eradicata entro l'anno 2000.

Infine nel '92/'93 il Direttore Generale iniziò congiuntamente al Consiglio Esecutivo una revisione delle politiche, della gestione e delle strutture dell'OMS al fine di rispondere alle sfide come risultato dei recenti cambiamenti globali politici, economici, sociali e sanitari. Il Direttore Generale faceva appello ad "*una nuova partnership per la salute*".

L'evoluzione dei programmi e della strategia dell'OMS, in rapporto alle condizioni ambientali internazionali può essere suddiviso nei seguenti periodi:

- A) dal 1948 al 1962 (le prime sfide)
- B) dal 1963 al 1972 (salute e sviluppo)
- C) dal 1973 al 1991 (la nuova strategia "Salute per Tutti nell'anno 2000")

²³ The Second Ten Years of the World Health Organization 1958-1967, Geneva, 1968, p.10

A) Le prime sfide

Questo periodo può essere descritto come un “mondo in stato di emergenza”.²⁴ Alla fine della Seconda Guerra Mondiale, lo stato della salute pubblica in molti Paesi era precario. Il primo obiettivo era una forte offensiva contro le malattie che causano i maggiori danni: malaria, tubercolosi e malattie veneree. Il miglioramento delle condizioni della salute delle madri e dei bambini e i progressi della nutrizione sono altre due priorità dopo la lunga durata del conflitto. La guerra in Corea è una delle tante sfide che l’OMS deve affrontare in questo periodo. Una vera sfida, dal momento che l’Organizzazione era appena nata, le sue strutture non erano ancora ben stabilite e la sua gestione non era ancora stata sperimentata. Un altro aspetto della sfida è che essa spinge l’OMS ad intraprendere misure di emergenza parallelamente a programmi a lungo termine. Infine una sfida nella misura in cui questo conflitto circoscritto sarà il primo di una lunga serie ponendo seri problemi tra i quali quello di come portare avanti un programma sanitario in un Paese lacerato dalla guerra, ossia in un Paese in cui gli obiettivi e le spese sanitarie rivestono secondaria importanza rispetto alle questioni militari ed economiche.

Nel frattempo gli Stati Membri sembrano cambiare gradualmente il loro approccio: lo scopo non è soltanto combattere epidemie, ma anche la malattia in sé. Le priorità cambiano ed il concetto di salute è in evoluzione: la salute è considerata sempre più prerequisito indispensabile allo sviluppo industriale ed agricolo ed al progresso sociale in generale. Ne derivano conseguenze pratiche per gli Stati e per le Organizzazioni Internazionali. Un elemento di questa nuova tendenza è l’importanza data da molti Paesi nell’ambito dei loro programmi di istruzione agli aspetti sociali della prevenzione di malattia e protezione della salute. I governi applicarono un metodo coordinato che ora sarebbe definito come approccio interdisciplinare, per assicurare la collaborazione di tutti coloro che si occupano dei vari aspetti di uno stesso problema. Inoltre i governi si resero conto di non poter sviluppare la propria sanità pubblica e i servizi di assistenza medica senza uno staff ben preparato ed addestrato. Più attenzione di conseguenza è data ai programmi di istruzione e di addestramento. Contemporaneamente Organizzazioni intergovernative e non governative (l’UNESCO in particolare) mirano ad elevare il livello di istruzione delle

popolazioni includendo l'educazione sanitaria dei bambini in età scolare e degli adulti. Nello stesso tempo i metodi tradizionali (prevenzione delle malattie, igiene e precauzioni sanitarie elementari) non sono trascurati. L'OMS raccomanda ai Paesi "meno sviluppati" di sensibilizzare la popolazione ad attenersi alle misure igieniche, sia nella famiglia sia nella comunità. Il progresso economico e il miglioramento delle tecniche agricole non procedeva di pari passo con quello della salute. In questo senso nel 1958 l'OMS crea un consiglio interregionale sulla bilanziosi per studiare l'effetto dell'irrigazione nella propagazione della schistosomiasi, e indurre i servizi governativi a adottare le misure preventive necessarie. L'Organizzazione e l'industria iniziarono la loro cooperazione (talvolta anche conflittuale) sull'uso di antibiotici ed insetticidi.

Dal 1953 i programmi a lungo termine incominciarono a ricevere più sostegno rispetto ai progetti ad hoc, grazie anche alle richieste, alla collaborazione ed alla disponibilità di molti Paesi allo sviluppo dei servizi sanitari pubblici. Inoltre vennero iniziati vari progetti internazionali o interregionali, segno concreto di cooperazione internazionale. La stessa evoluzione avvenne nella cooperazione dell'OMS con le altre agenzie specializzate delle Nazioni Unite, quali FAO, UNICEF, ICAO, ILO e UNESCO.

Gli anni '50 indicano la necessità di nuovi rapporti tra ambiente e salute. Questa attenzione per l'ecologia si manifesta nei testi e negli archivi dell'OMS, mentre i media e in generale l'opinione pubblica non se n'erano ancora resi conto. L'OMS ha esercitato sotto questo aspetto un ruolo pionieristico. Trent'anni prima di Tchernobil venne così affrontato il problema dell'utilizzazione dell'energia atomica per fini pacifici. Dal 1955 nei programmi di ricerca dell'OMS vennero inclusi i problemi di inquinamento dell'aria o delle acque a causa di sostanze radioattive.

B) Salute e sviluppo

Negli anni '60 gli orientamenti dell'OMS sono sostanzialmente gli stessi di quelli del decennio precedente: campagne contro le principali malattie trasmissibili, rafforzamento dei servizi sanitari di base, educazione ed addestramento del personale medico e paramedico, sanità nutrizionale ed ambientale. Ciò nonostante nuovi

²⁴ Y. Beigbeder: International Organization and the Evolution of World Society, Volume 4, The World Health Organization, The Hague/London/Boston, 1998, pp. 16-19

problemi emersero con l'ingresso di nuovi Stati Membri, molti dei quali sono diventati indipendenti solo recentemente.²⁵ Essi non hanno infrastrutture pubbliche sanitarie, personale qualificato, né le istituzioni richiedono di addestrare il loro personale. Gli anni '60 sono anni di intensa preparazione, attraverso il complesso delle agenzie delle N.U., dei programmi di promozione del progresso e della crescita dei Paesi in via di sviluppo. Gli organi di governo dell'OMS approvano un programma di dieci anni i cui elementi centrali, in accordo con Direttore Generale, devono essere l'educazione professionale e l'addestramento a due livelli, professionale ed ausiliario: le attività di addestramento costituiscono un elemento preponderante in numerosi progetti di assistenza dell'OMS. Tutti gli elementi sono correlati: senza personale qualificato non possono essere ottenuti progressi significativi nella condizione mondiale della salute. Senza questi progressi, i Paesi non troveranno la necessaria forza lavoro per sostenere i programmi economici. Queste necessità non sono sempre intuite o riconosciute da tutte le istituzioni che svolgono un ruolo nel complesso "gioco" dei programmi di assistenza. In questo contesto l'OMS incontra due difficoltà: le proprie risorse limitate e il mezzo fallimento dei propri programmi collaborativi. Su questo ultimo punto il giudizio è molto pessimistico. Nel continente Africano la situazione è particolarmente drammatica: in 14 Paesi con più di tre milioni di abitanti non ci sono scuole di medicina. L'orientamento dell'OMS era ed è ancora quello di creare e rendere più efficienti i sistemi sanitari nazionali e non di prevedere un'assistenza diretta *ad hoc* di specialisti occidentali se non nei casi di assoluta emergenza. Questa linea di condotta implica un piano sistematico in ordine all'uso delle risorse locali e nazionali disponibili, e alla promozione delle ricerche tecniche e scientifiche. In definitiva questo sottolinea la necessità di addestrare e di utilizzare personale qualificato a livello nazionale. Seri problemi emergono anche dai programmi che paiono produrre risultati. I progetti sulla malaria mostrano successi nella maggior parte del mondo, ad eccezione dell'Africa. Il successo di tali progetti globali come l'eradicazione della malaria e del vaiolo sembrano basarsi solo sulla definizione di una buona strategia medica, mentre ignorano l'evoluzione economica e sociale dei Paesi interessati. All'interno dei programmi sulle malattie trasmissibili, che includono anche il vaiolo,

²⁵ Y. Beigbeder: *International Organization and the Evolution of World Society*, Volume 4, The World Health Organization, The Hague/London/Boston, 1998, pp. 20-21

la tubercolosi, la poliomielite, la bilarziosi e la lebbra, l'eradicazione della malaria rimane ancora l'obiettivo principale. Nel campo della salute ambientale, vengono fatti importanti tentativi al fine di provvedere ad un migliore approvvigionamento idrico ed a migliorare i sistemi di scarico delle acque, particolarmente in America Centrale e del Sud. n altro obiettivo importante è la lotta contro l'inquinamento atmosferico e delle acque. Inoltre, per la prima volta nella sua storia, l'OMS iniziò un programma totale di valutazione dei servizi sanitari e dei loro successi nei dieci anni precedenti nei Paesi dell'America.

C) La nuova strategia “Salute per Tutti per l'anno 2000”

Gli anni settanta dimostrano che un numero di programmi segnano il passo, che altri sono in declino e che altri hanno successo in alcune regioni e non in altre. Il programma antimalaria progredisce in molte aree, ma non in Africa: situazione dovuta a difficoltà tecniche ed amministrative. Altre malattie trasmissibili, tra le quali la peste, il colera, e malattie veneree sembrano riemergere. Per altro il vaiolo fu eradicato nel 1977. La lotta contro la framboesia, (vaiolo indiano) la tubercolosi e la bilarziosi stava progredendo, così come le ricerche sulle malattie cardiovascolari, il cancro e le malattie mentali. Ricerche di gruppo si sviluppavano particolarmente sulla biologia della riproduzione umana, della genetica umana e della immunologia. Tuttavia questo successo, o mezzo successo, non ha indotto l'OMS “a dormire sugli allori”. Nel 1972, nel 25° anniversario della Organizzazione, i funzionari più anziani dell'OMS si domandavano come aiutare i Paesi nella ricerca di un alto livello di salute e il Direttore Generale dell'OMS tracciò un bilancio di esercizio negativo sulla situazione sanitaria internazionale.

Nel 1974, subito dopo la prima crisi petrolifera che ha evidenziato i problemi economici della azione sanitaria internazionale, l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite adottò all'unanimità una risoluzione che promuoveva un “nuovo ordine economico internazionale”.²⁶ Le implicazioni di questa risoluzione sulla attività dell'OMS furono molteplici: l'Assemblea Generale invitò l'OMS e le altre agenzie specializzate ad intensificare gli sforzi internazionali diretti a migliorare le condizioni di salute nei Paesi in via di sviluppo dando priorità alla prevenzione delle malattie e della malnutrizione, e stimolando i servizi sanitari primari nei confronti della

collettività, con particolare attenzione alla salute della madre e del bambino e al benessere della famiglia. Sorsero altre implicazioni per l'OMS in relazione agli aiuti, alla industrializzazione, alle scienze ed alle tecnologie, al cibo e alla agricoltura. In particolare si accentuò la pressante necessità di incentivare lo sviluppo rurale. Convinto che l'OMS avrebbe dovuto rinnovare la sua azione nella lotta contro il sottosviluppo e nel miglioramento delle condizioni di salute dei Paesi sottosviluppati, il Dr. Mahler, nominato Direttore Generale nel 1973, dette origine alla nuova strategia che fu successivamente adottata dagli organi di governo dell'OMS. Nella sua relazione per il 1975, il Direttore Generale utilizzò le direttive delle N.U. come base per perorare a favore di un nuovo orientamento dei programmi dell'OMS. Le sue affermazioni e i suoi contributi critici costituiscono le linee per la nuova strategia dell'OMS:

“I programmi separati, ognuno dei quali concepiti per il controllo di una malattia specifica, è probabile non risolvano l'insieme dei problemi quantunque i loro scopi individuali possono essere raggiunti con pieno successo.

*Allo stesso modo è improbabile che la messa in opera di servizi centralizzati basati su una tecnologia sanitaria avanzata possa soddisfare efficacemente le quotidiane necessità sanitarie della maggior parte della popolazione delle aree rurali. Dobbiamo avere consapevolezza di quanto spesso le soluzioni di assistenza medica e sanitaria del mondo industriale siano di difficile praticabilità e accettazione da parte dei Paesi in via di sviluppo a causa dei costi e dell'inefficienza. Dobbiamo anche tenere presente che i problemi sanitari urgenti dei Paesi in via di sviluppo sono connessi alla povertà, alle infezioni, alla malnutrizione e alla sottanutrizione, alla mancanza di acqua potabile e ai molteplici rischi ambientali. Queste minacce alla salute non possono essere affrontate da tecniche convenzionali di servizio sanitario, per quanto sensibilmente ed intensamente esse vengano applicate... Il principale insegnamento è che nella lotta alla malattia non bisogna porre l'accento soltanto sulle tecnologie sanitarie. Quanto si può ottenere in questo campo dipende direttamente dal livello di sviluppo economico dei Paesi interessati”.*²⁷

Nel 1975, l'Assemblea Mondiale della Sanità dichiarò di essere consapevole delle “persistenti tremende differenze” negli standard sanitari tra i Paesi sviluppati ed i

²⁶Res. 3201 (S-VI) e 3202 (S-VI)

Paesi in via di sviluppo, e della mancanza di risorse umane, materiali e finanziarie dei Paesi in via di sviluppo per fronteggiare gli “scottanti problemi sanitari” e per costruire i servizi sanitari nazionali.

Nel maggio del 1976, l’Assemblea chiese al Direttore Generale di rivedere l’attività dell’Organizzazione con lo scopo che la distribuzione del bilancio del programma regolare raggiunga almeno il livello del 60 % in termini reali per la cooperazione tecnica e la fornitura di servizi per il 1980: 363 posti furono aboliti tra il 1978 ed il 1981, circa il 20% del personale a Ginevra, a beneficio dei programmi regionali di cooperazione tecnica.

Nel maggio del 1977 l’Assemblea decise che “il principale obiettivo sociale dei governi e dell’OMS nei decenni futuri fosse il raggiungimento entro l’anno 2000 per tutti i cittadini del mondo di un livello di salute tale da portare ad una vita socialmente ed economicamente produttiva”.

Il Dr. Mahler lo definì “*contratto sociale per la salute*” (“a social contract in health”).²⁸

Nel settembre del 1978 ebbe luogo ad Alma-Ata la Conferenza Internazionale congiunta dell’OMS e dell’UNICEF. Vi parteciparono rappresentanti di 134 Paesi, 67 delegati delle N.U. e relative agenzie specializzate, nonché organizzazioni non governative. La Conferenza adottò unanimemente una Dichiarazione che identifica nell’assistenza sanitaria primaria la chiave per raggiungere l’obiettivo della “Salute per Tutti” quale parte dello sviluppo nello spirito di giustizia sociale. Nel maggio del 1979 l’Assemblea Mondiale della Sanità firmò all’unanimità la Dichiarazione di Alma-Ata adottando la strategia della “Salute per Tutti” come priorità per L’OMS.

Nel novembre del 1979, anche l’Assemblea Generale delle N.U. firmò la Dichiarazione di Alma-Ata, considerando che la cooperazione fra nazioni sui problemi vitali della salute fosse un contributo importante per la pace.

Nel maggio del 1981 l’Assemblea Mondiale della Sanità approvò la Strategia Globale della “Salute per Tutti per l’Anno 2000” e decise di monitorarne lo sviluppo e valutare l’efficacia della strategia ad intervalli regolari.

²⁷ Y. Beigbeder: International Organization and the Evolution of World Society, Volume 4, The World Health Organization, The Hague/London/Boston, 1998, pp. 21-24

²⁸Y. Beigbeder: International Organization and the Evolution of World Society, Volume 4, The World Health Organization, The Hague/London/Boston, 1998, p. 24

Nel novembre del 1981 l'Assemblea Generale delle N.U. firmò la Strategia Globale quale importante contributo degli Stati Membri al raggiungimento del traguardo sociale della "Salute per Tutti" nel mondo entro l'anno 2000 e all'adempimento della strategia Internazionale per la Terza Decade del Piano di Sviluppo delle Nazioni Unite. Nel 1984, il Direttore Generale aggiunse una dimensione spirituale agli altri elementi della strategia.

Capitolo 4: LA STRATEGIA “SALUTE PER TUTTI”

4.1 IL CONCETTO DELLA “SALUTE PER TUTTI” (HEALTH FOR ALL)

La strategia della HEALTH FOR ALL (HFA) si prefigge di creare le condizioni dove i popoli abbiano – universalmente e nel corso della loro esistenza – come fondamentale diritto umano l’opportunità di raggiungere e mantenere il più alto livello possibile di salute. L’appello per la HFA era e rimane un appello per la giustizia sociale.²⁹

La strategia della “Salute per Tutti” si basa su cinque principi fissati dalla Dichiarazione di Alma-Ata³⁰:

- 1) le risorse per la salute devono essere distribuite uniformemente e l’assistenza sanitaria essenziale deve essere accessibile a tutti
- 2) i cittadini hanno il diritto di partecipare individualmente e collettivamente alla pianificazione ed alla realizzazione del proprio servizio sanitario
- 3) i principali problemi della salute nella comunità devono essere individuati, e devono essere forniti i servizi promotori, preventivi, curativi e riabilitativi
- 4) la tecnologia adottata deve essere appropriata al Paese interessato in quanto scientificamente valida ed adattabile alle situazioni locali, accettabile da parte degli utenti e da coloro che la mettono in pratica, e sostenibile con risorse che il Paese può affrontare nello spirito di autonomia e di autodeterminazione
- 5) la realizzazione del più alto livello possibile di salute richiede l’azione di molti altri settori sociali ed economici in aggiunta a quello sanitario.

Per coloro che l’hanno concepita, la realizzazione della nuova strategia richiede una evoluzione radicale come pure “una rivoluzione sociale” nella sanità pubblica. L’obiettivo è quello di cambiare la mentalità della popolazione, le strutture dei servizi sanitari e rivedere le attività del personale sanitario professionale.

La Dichiarazione di Alma-Ata ha inaugurato una nuova era per l’OMS, e, si spera anche per i suoi Stati Membri. Durante gli anni ‘50 e ‘60 le squadre di esperti dell’OMS hanno guidato campagne contro le malattie trasmissibili. Le loro armi erano conoscenza tecnica, farmaci e pesticidi provenienti dai Paesi industrializzati. Si

²⁹www.who.int

osservò quindi che simili campagne dovevano essere reintegrate in una infrastruttura di servizi sanitari di base. Tuttavia l'approccio a questi servizi fu più tardi valutato dai critici come ampiamente tecnocratico e paternalistico, poiché l'assistenza sanitaria era considerata un prodotto per riceventi passivi dai medici professionisti, titolari esclusivi delle conoscenze e capacità in materia.

Con la nuova strategia, la salute è responsabilità di tutti e la collettività deve essere coinvolta nella pianificazione e nella gestione del proprio servizio sanitario. Ciò implica che la collettività debba essere informata sulle cause di malattia e sui principi dell'igiene personale di base, che nei Paesi in via di sviluppo nuove figure di operatori sanitari vengano formate, che gli operatori sanitari tradizionali siano opportunamente addestrati ed utilizzati e che l'assistenza terapeutica ottenga la stessa attenzione delle misure preventive.

L'obiettivo della "Salute per Tutti" deve essere valido per tutti i popoli, qualunque sia il livello dello sviluppo economico e sociale, ma la "giustizia sociale" richiede che particolare attenzione sia dedicata a quelli sottosviluppati. La strategia si basa sull'approccio della "assistenza sanitaria primaria".

La definizione di assistenza sanitaria primaria è contenuta nella Dichiarazione di Alma-Ata: "l'assistenza sanitaria primaria" è assistenza essenziale basata su metodi pratici scientificamente validi e socialmente accettabili e su tecnologia messa universalmente a disposizione dei singoli e delle famiglie nell'ambito della comunità mediante la loro piena partecipazione e ad un costo che la comunità può permettersi di sostenere in ogni stadio del proprio sviluppo nello spirito di autonomia e di autodeterminazione. Essa è parte integrante sia del sistema sanitario nazionale di cui essa è funzione centrale ed interesse principale, sia del complessivo sviluppo sociale ed economico della comunità. Rappresenta il primo livello di contatto dei singoli individui, della famiglia e della comunità con il sistema sanitario nazionale che fornisce assistenza il più vicino possibile al luogo dove la gente vive e lavora, e costituisce il primo elemento di un processo continuativo di assistenza".

L'assistenza sanitaria primaria si basa sui seguenti otto elementi³¹:

³⁰ Y. Beigbeder: International Organization and the Evolution of World Society, Volume 4, The World Health Organization, The Hague/London/Boston, 1998 pp.24-25

³¹ Y. Beigbeder: International Organization and the Evolution of World Society, Volume 4, The World Health Organization, The Hague/London/Boston, 1998 p.26

- 1) educazione riguardante prevalentemente problemi di salute, metodi di prevenzione e controllo
- 2) promozione di rifornimento alimentare e nutrizione corretta
- 3) un adeguato rifornimento di acque sicure ed igiene di base
- 4) assistenza materna ed infantile inclusa la pianificazione familiare
- 5) immunizzazione contro le maggiori malattie infettive
- 6) prevenzione e controllo delle malattie localmente endemiche
- 7) appropriato trattamento delle malattie comuni e lesioni
- 8) approvvigionamento di medicinali essenziali.

Al fine di controllare e valutare i progressi nella realizzazione della Strategia, gli Stati Membri hanno concordato di fornire una informazione periodica mediante una lista di 12 indicatori. Questi indicatori sono previsti dall'OMS per il monitoraggio globale e per la valutazione della strategia. I dati che i Paesi devono fornire devono essere significativi, accurati e puntuali.

La lista dei dodici indicatori fu rivista nel 1990.

Alcuni di questi indicatori possono avere applicazione universale e possono diventare la base concreta per un trattato internazionale di sanità. Alcuni di essi includono standard per misurare la distribuzione dei servizi sociali nazionali e la migliore dimostrazione dell'impegno nazionale verso la salute, così come ci sono indicatori che misurano lo status sanitario della popolazione. Gli standard che misurano la disponibilità e l'equa distribuzione delle risorse nazionali per la salute includono la percentuale del prodotto lordo nazionale destinato al settore sanitario e in particolare a quello dell'assistenza sanitaria primaria, e la disponibilità degli elementi essenziali dell'assistenza sanitaria primaria per l'intera popolazione.

La Seconda Valutazione della Strategia Globale del 1993 riconobbe che, sebbene gli indicatori fossero considerati requisito minimo necessario per valutare il progresso dello sviluppo complessivo della sanità, le infrastrutture statistiche richieste per ottenere i dati non erano operative in molti Paesi, evidenziando difficoltà logistiche e finanziarie relative ad un adeguato sistema di informazione sanitaria.

4.2 RINNOVAMENTO DELLA “SALUTE PER TUTTI”

Nel 1995 ebbe inizio un “processo di rinnovamento dell’HFA” diretto ad assicurare la preparazione dei singoli individui, dei Paesi e delle organizzazioni ad affrontare le sfide sanitarie che il XXI° secolo comporterà.³² Questo rinnovamento ha richiesto un processo di consultazione con e all’interno dei Paesi. Una serie di associazioni di carattere sanitario, incluse organizzazioni non governative, comunità di ricerca ed accademiche, il settore privato, le N.U., l’Organizzazione Mondiale del Commercio sono state consultate. Tutti i partecipanti a questo processo hanno ribadito che la “Salute per Tutti” rappresenta il punto focale della salute nel nuovo secolo. Questa nuova visione della HFA si basa sull’esperienza passata e sulla promessa del futuro. Il mondo in continua trasformazione induce a focalizzare l’attenzione sul genere umano e sulla centralità della salute per un migliore sviluppo del genere umano stesso. Il ruolo crescente della società civile nell’ambito della salute evidenzia la possibilità di alleanze non ipotizzabili venti anni fa. Un’azione globale diretta a proteggere la salute nazionale e locale è un punto fondamentale. Si evidenzia l’importanza di rafforzare sia la partecipazione locale sia le strutture sanitarie, caratteristiche centrali dell’approccio all’“assistenza sanitaria primaria”. L’evolversi delle situazioni e l’incertezza del futuro richiedono che l’HFA non sia vista come un programma preciso e rigido, ma piuttosto come uno strumento per procedere verso un obiettivo comune. Il successo della “Salute per Tutti per l’anno 2000” pone l’incontestabile sfida globale di rinnovare l’impegno verso l’obiettivo e lo scopo della salute. Al limite del nuovo millennio la disponibilità di potenti e nuove tecnologie e di metodi in un mondo dinamico, pieno di risorse ed interconnesso offre una possibilità unica di un lavoro ed impegno comune per ridurre le profonde differenze nella vita e nella salute di milioni di persone.

4.3 OBIETTIVI DELLA STRATEGIA “SALUTE PER TUTTI”

Questa strategia dovrebbe portare a³³:

- migliorare l’aspettativa di una vita sana per tutti
- accesso universale all’assistenza sanitaria di qualità

³² www.who.int

- distribuzione equa dei servizi sanitari tra e all'interno dei Paesi. Queste finalità devono essere raggiunte mediante la realizzazione di tre direzioni politiche correlate: sostenere i valori dell'HFA, mettere la salute al centro dello sviluppo e valorizzare i sistemi sanitari adottabili.

La "Salute per Tutti" si basa sui seguenti valori:

- riconoscimento del diritto universale alla salute
- applicazione dell'etica alla politica sanitaria, alla ricerca e ai servizi
- realizzazione di politiche e strategie equamente orientate
- incorporazione dell'educazione sessuale nelle politiche sanitarie e nelle strategie.

Rispettando questi valori s'influenzerà il tipo di scelta fatta tra le molte opzioni di politica sanitaria, il modo in cui queste scelte sono fatte e gli interessi ai quali esse devono servire.

Un rapido sviluppo umano e la crescita economica devono aver luogo quando i popoli più poveri e le comunità emergeranno dalla povertà. Ciò deve essere spalleggiato da un concreto e sostanziale sostegno internazionale alla salute, all'educazione, alle rafforzate istituzioni governative nei Paesi più poveri. Per tutti i Paesi, le politiche economiche che accrescono l'eguaglianza, non sono solo eticamente vitali, ma anche determinanti per la crescita economica e per uno sviluppo umano effettivo. Gli interventi sanitari, soprattutto quando legati al miglioramento dell'educazione delle ragazze, possono aiutare ad interrompere il ciclo povertà-malattia. Il ruolo vitale del settore sanitario è soprattutto rivolto ai nuclei abitativi e alle regioni più povere, e focalizza l'attenzione sui problemi che affliggono a dismisura i poveri.

Gli individui, le famiglie e le comunità, se poste nella condizione di effettuare delle scelte per la salute, possono contribuire a migliorare la salute stessa. Gli ambienti dove la gente vive, lavora, gioca e impara offrono grandi opportunità per il miglioramento della salute. Il governo può facilitare un'azione concertata sulla salute creando un contesto ambientale che stimoli e agevoli le partnerships ai fini della salute. Le politiche di tutti i settori riguardanti la sanità devono essere concordi nel promuovere e proteggere la salute. La centralità della salute al fine dello sviluppo richiede che le considerazioni di ordine sanitario abbiano la massima priorità nei piani di sviluppo concreti.

³³ www.who.int

I sistemi sanitari di tutti i Paesi devono essere in grado di rispondere alle necessità sanitarie e sociali della popolazione lungo l'arco della vita. A questo fine, i sistemi nazionali e locali devono coinvolgere i cittadini nel migliorare la propria salute ponendo grande attenzione alla promozione della stessa. Il ruolo dei governi rispetto ai sistemi sanitari adottabili è di garantire equità di accesso e vigilare affinché le funzioni essenziali del sistema sanitario siano mantenute.

Tali funzioni comprendono una serie di elementi sui quali si devono basare i sistemi sanitari da adottare:

- sviluppo di politiche rispondenti alle necessità della popolazione
- formulazione di standard e di norme
- garanzie sulla effettiva applicazione della legislazione adottata
- informazione diretta al pubblico circa i loro diritti e responsabilità
- sorveglianza attiva a livello globale, regionale, nazionale e locale
- assistenza lungo l'intero arco della vita
- prevenzione e controllo della malattia
- protezione della salute
- incoraggiamento del progresso scientifico e tecnologico
- formazione e conservazione di risorse umane a fini sanitari
- finanziamenti adeguati al fine di incrementare i sistemi sanitari da adottare.

4.4 DALLA POLITICA ALL'AZIONE

C'è la costante necessità di una grande capacità politica per affrontare le maggiori sfide alle quali i governi si trovano di fronte³⁴. Lo sviluppo delle linee da seguire nella promozione della strategia della “Salute per Tutti” è un processo deliberativo che, partendo dalla valutazione, deve arrivare alla elaborazione di strategie, a decisioni e ad interventi in relazione a specifiche direttive politiche. Affinché questo processo abbia esito positivo occorre dare particolare attenzione alla creazione di un consenso ad ogni livello del processo stesso.

Quattro principi operativi sono alla base della realizzazione positiva della politica della Strategia della “Salute per Tutti”:

- enfattizzazione della promozione della salute e della prevenzione delle malattie

³⁴ www.who.int

- perseguimento di un approccio per lo sviluppo della salute incentrato sull'uomo
- garanzia che le strategie siano adottabili
- identificazione delle linee di condotta ed azioni utilizzando la migliore conoscenza scientifica disponibile.

Mentre la gamma delle strategie adottabili è ampia, la disponibilità di risorse per la loro attuazione è limitata. Questo comporta pertanto che i governi selezionino delle priorità.

Sono gli obiettivi a guidare la realizzazione della politica della “Salute per Tutti” e a definire le priorità per l'azione. Gli obiettivi regionali, nazionali e locali devono integrare gli obiettivi globali e rispettare la diversità dei bisogni e delle priorità.

L'azione e la cooperazione globale tra Paesi deve fornire sostegno essenziale alla sanità nazionale.

L'azione sanitaria globale deve sforzarsi di essere universalmente adeguata a tutte le necessità.

4.5 IL RUOLO DELL'OMS NEL XXI SECOLO

L'OMS - i suoi Stati Membri, il Segretariato, e i suoi organi di governo- ha il mandato e la responsabilità di guidare gli altri partner coinvolti nel governo mondiale della sanità verso il raggiungimento della “Salute per Tutti”. L'OMS, agendo come “coscienza sanitaria del mondo” dovrà stimolare la sanità globale, l'equità della sanità tra ed all'interno dei Paesi, ed identificare politiche e pratiche che siano vantaggiose o dannose per la salute.

I suoi compiti includono³⁵:

- 1) sviluppo di standard e di regole etiche e scientifiche
- 2) creazione di sistemi globali di sorveglianza e di ispezione sulle minacce transnazionali contro la salute
- 3) incoraggiamento di innovazioni nella scienza e nella tecnologia
- 4) facilitazione della cooperazione tecnica e mobilitazione delle risorse a favore dei Paesi poveri
- 5) assunzione della guida nell'eradicazione, nell'eliminazione e nel controllo delle malattie contagiose

³⁵ www.who.int

- 6) sostegno all'emergenza sanitaria, alla prevenzione e alla riabilitazione
- 7) assunzione della guida nel contesto di una globale alleanza sanitaria diretta ad individuare i problemi principali della salute.

L'OMS a livello internazionale e le istituzioni sanitarie a livello nazionale e locale, devono garantire che tutti coloro che operano nell'ambito della sanità siano in grado di adempiere ai loro ruoli e responsabilità nel realizzare gli obiettivi della "Salute per Tutti".

4.6 SUCCESSI DELLA STRATEGIA "SALUTE PER TUTTI"

In applicazione del mandato costituzionale "di assistenza ai governi, su richiesta degli stessi, nel rafforzamento dei rispettivi sistemi sanitari", l'OMS ha cercato di realizzare la "Salute per Tutti" su base consensuale.³⁶ Di conseguenza l'OMS ha fornito l'aiuto finanziario e tecnico agli Stati Membri soltanto su "ordine" dei governi. Gli Uffici regionali dell'OMS amministrano il programma, e i suoi organi centrali, il Segretariato in particolare, forniscono l'assistenza tecnica ed amministrativa. Nonostante le numerose inefficienze burocratiche dell'OMS nell'amministrazione del programma, il piano dell'Organizzazione per la salute globale influenza significativamente le politiche di alcuni Stati Membri, il che ha portato ad una maggiore estensione dei servizi di assistenza sanitaria primaria in questi Paesi. Il sostegno dell'OMS alla strategia ha inoltre favorito internazionalmente un ripensamento sul ruolo della sanità pubblica, e almeno ad alcuni livelli, nazionalmente. Cosa ancora più importante, il paradigma della assistenza sanitaria primaria ha influenzato la realizzazione della struttura dei servizi sanitari fornita da altre organizzazioni internazionali bilaterali o non governative.

Il successo dell'OMS nell'influenzare l'ideazione delle linee di condotta e la pianificazione in molte nazioni beneficiarie deriva dalla sua autorità e legittimità organizzativa. Ernest B. Haas³⁷ ha notato che "*l'autorità organizzativa consiste nella capacità dell'Organizzazione di vedere realizzate le sue decisioni indipendentemente dalla buona volontà degli Stati Membri*". Le considerevoli risorse tecniche e

³⁶A.L. Taylor: Making the World Health Organization work. American Journal of Law and Medicine, 1992, pp.319-323

³⁷E.B. Haas: When Knowledge is Power. Three models of change in international organization, Stanford, 1990, pp.87-88

finanziarie che l'OMS fornisce agli Stati Membri danno talvolta ad essa autorità organizzativa che è "influenza decisiva e programmatica" sulle politiche sanitarie di questi Paesi. Infatti le agenzie donatrici, compresa l'OMS, si addossano gran parte delle spese di assistenza sanitaria in molti Paesi. Per esempio, in Kenya il 40% dei servizi sanitari sono forniti da organizzazioni non governative.

Sebbene non eserciti sui governanti degli stati la necessaria influenza per imporre maggiori finanziamenti nazionali nel settore dell'assistenza sanitaria, gli sforzi dell'OMS nella riorganizzazione dei ministeri nazionali della sanità può avere un'influenza profonda sull'organizzazione e la distribuzione delle risorse disponibili. L'OMS condiziona il suo coinvolgimento con i singoli Paesi nella promozione della "Salute per Tutti" ad un impegno nazionale diretto ad identificare gli ostacoli all'assistenza sanitaria effettiva, a rivedere tutte le risorse disponibili e potenziali nel settore sanitario, e a rivedere i piani e le priorità a seconda delle necessità. Basandosi sui rapporti presentati da 81 Stati Membri, l'OMS nel 1990 concluse che sebbene la percentuale di spese sulla salute fosse stata costante dal 1985, la quota spesa per l'assistenza sanitaria primaria è aumentata durante gli anni '80. Nel 1988 gli Stati Membri hanno riportato di aver speso in media il 35% delle loro risorse nazionali nell'assistenza sanitaria primaria.

L'OMS esercita pressione sulle politiche di alcuni Stati Membri attraverso la propria legittimazione organizzativa. Secondo Ernst B. Haas "*la legittimazione organizzativa esiste quando l'insieme dei Membri riconosce il valore dell'organizzazione e adotta generalmente decisioni comuni intese a soddisfare le aspettative e i valori dei Membri stessi*" (Haas distingue la legittimazione organizzativa dall'autorità organizzativa notando che "*gli Stati possono venire incontro alle aspettative dell'Organizzazione in maniera riluttante senza nello stesso tempo apprezzarle o stimarle*")³⁸. L'OMS ha avuto un certo successo nell'assicurare che i suoi interventi, i suoi programmi e obiettivi "siano accettati ed apprezzati come desiderabili per venire incontro ai valori degli Stati Membri". Per esempio l'OMS ha convinto alcuni Stati Membri della validità della Strategia della "Salute per Tutti" e dell'importanza del riconoscimento del dovere di fornire programmi di assistenza sanitaria primaria come una problematica di diritti umani. Questa accettazione degli interventi e degli

³⁸ E.B. Haas: When Knowledge is Power. Three models of change in international organization, Stanford, 1990, pp.87-88

obiettivi dell'OMS aggiunge "stabilità" e rende l'influenza esercitata sugli Stati Membri meno difficile e più efficace.

L'OMS ha di fatto stimolato una crescente consapevolezza dell'interrelazione tra salute e sviluppo. L'OMS ribadisce che la salute non è solo un diritto umano individuale ma anche un'operazione dell'intera collettività sociale. L'OMS evidenzia inoltre che la strategia della "Salute per Tutti" è un principio costo-effetto per finanziare ed organizzare i sistemi sanitari ed è idealmente legata alle problematiche riguardanti lo sviluppo economico. La natura dei programmi nazionali dell'OMS nell'ambito della strategia della "Salute per Tutti" influenza le politiche nazionali sanitarie. I programmi nazionali dell'OMS implicano una diretta collaborazione con i singoli ministeri della sanità, di conseguenza rafforzano la capacità di una nazione nel pianificare, analizzare, monitorare e gestire le risorse disponibili in conformità alle strategie interne della "Salute per Tutti". In alcuni casi "la persuasione tecnica e il camaraderie"³⁹ (validità tecnica e collaborazione amichevole) contribuiscono all'influenza dell'OMS sulle politiche dei ministeri di sanità nazionali. I funzionari dell'OMS hanno infatti sviluppato forti legami professionali con i singoli ministeri creando un patrimonio di buona volontà e cooperazione in molte nazioni. Il Dr. Jonathan Mann, direttore del Programma Globale dell'OMS sull'AIDS, attribuì parte del successo del programma a questo patrimonio.

L'iniziativa dell'OMS nello sviluppare i sistemi di assistenza sanitaria ha anche avuto un effetto catalizzatore sulle politiche sanitarie di altre organizzazioni bilaterali, multilaterali e non governative che, congiuntamente all'OMS, esercitano il tipo di influenza sulle nazioni di cui sopra. Anteriormente al 1980 solo un limitato numero di agenzie di assistenza bilaterale e multilaterale ha riportato significativi coinvolgimenti nel settore della salute. Dal 1988 ai giorni nostri le politiche sanitarie sono diventate una componente quasi universale dell'assistenza tecnica.

In ottemperanza al suo mandato costituzionale di "autorità per la direzione e il coordinamento del lavoro sanitario internazionale" l'OMS si è occupato di coordinare le attività delle diverse agenzie di assistenza globale. Sebbene l'Organizzazione non sia stata in grado di avviare partnerships di cooperazione tra i Paesi in via di sviluppo e le agenzie stesse, né di stabilire una rete globale per la

³⁹ F.M. Mburu: Non Governmental Organization in the Health Field: Collaboration, Integration and Contrasting Aims in Africa. Soc. Sci. & Medicine, 1989, p.592

mobilitazione del finanziamento, il largo consenso a favore del paradigma dell'assistenza sanitaria primaria ha determinato la struttura dell'assistenza nel settore sanitario indipendente da molte agenzie nazionali ed internazionali. I funzionari dell'UNICEF, per esempio, riconoscono che gli imponenti traguardi nella sopravvivenza infantile ottenuti dall'UNICEF stesso si basano su obiettivi derivanti dalla strategia dell'assistenza sanitaria primaria dell'OMS e, ancor prima, sul programma universale di immunizzazione. Il modello di assistenza sanitaria primaria sostiene gli sforzi dell'Agenzia degli Stati Uniti per lo Sviluppo Internazionale per incrementare in tutto il mondo la sopravvivenza infantile. Inoltre la filosofia ed il paradigma della "Salute per Tutti" hanno influenzato la linea di programmi sanitari di molte organizzazioni non governative.

4.7 LIMITI DELLA STRATEGIA "SALUTE PER TUTTI"

Mentre in generale c'è stato qualche lieve miglioramento nella statistica in materia di salute, l'OMS riconosce che la "Salute per Tutti per l'anno 2000" rimane un'illusione. Drammatiche differenze nelle condizioni sanitarie rimangono all'interno e anche fra i Paesi sviluppati e quelli in via di sviluppo. Secondo l'OMS almeno 20 milioni di morti all'anno potrebbero essere prevenute da migliori sistemi sanitari compreso anche l'accesso ai farmaci essenziali, ai vaccini e all'educazione sanitaria. Riconoscendo dunque che "vi è un grande numero di Paesi nei quali la situazione sanitaria e i mezzi per migliorarla permangono grandemente insoddisfacenti" l'OMS ha dichiarato che la politica della "Salute per Tutti" dovrebbe essere portata avanti in tutti i Paesi anche dopo il 2000.

Nonostante i successi operativi della campagna "Salute per Tutti" l'OMS non è stato in grado di sviluppare o sostenere obblighi ed impegni nazionali o internazionali relativi al programma.⁴⁰ Le spesa per il settore sanitario, in termini di percentuale sul bilancio delle uscite dei governi centrali è realmente diminuita dagli anni '70 in tutte le nazioni, fuorché nei Paesi industrializzati. L'OMS sostiene che la mancanza di un più forte impegno nazionale nella strategia della "Salute per Tutti" è una conseguenza del declino economico mondiale e dell'inadeguato coinvolgimento nazionale nel settore sanitario in generale. Il calo nell'economia mondiale a partire

dalla fine degli anni '70 e l'effetto deleterio del carico debitorio e i programmi d'aggiustamento strutturale nelle nazioni in via di sviluppo hanno avuto un impatto devastante nel settore della spesa sanitaria. Inoltre variazioni nei programmi di aggiustamento strutturale hanno in molti casi implicato un trasferimento nella spesa di governo da programmi "sociali" ad attività "produttive". La caduta nella crescita economica ha altresì drammaticamente diffuso la povertà e il bisogno conseguente da parte dei governi di prevedere servizi sanitari e le condizioni per attuarli.

Mentre lo stato preoccupante dell'economia mondiale può determinare carenze strutturali ed episodi di mala sanità nazionali ed internazionali, esso non può da solo essere responsabile della poca importanza che molte nazioni danno al settore sanitario, in particolare al settore dell'assistenza sanitaria primaria. La mancanza di maggiori stanziamenti e di redistribuzione delle risorse esistenti per perseguire il fine dell'accesso universale agli elementi base dell'assistenza sanitaria primaria diventa più un problema di priorità che di risorse. Nei Paesi a basso reddito il settore della spesa sanitaria è crollato mentre i settori di spesa per la difesa ed altri sono cresciuti. Nel complesso il settore di spesa sanitaria è uno dei più trascurati tra i finanziamenti nazionali. In media la parte di bilancio destinata al settore sanitario costituisce meno del 3% di tutte le spese di governo nelle nazioni più povere e meno del 5% in Paesi a medio reddito. Inoltre all'interno di questi piccoli bilanci nazionali nel settore sanitario la percentuale destinata all'assistenza sanitaria primaria è bassa, relativamente all'ammontare delle spese per i servizi ospedalieri. Esperienze recenti dimostrano che le già limitate risorse governative vengono dirottate soprattutto su ospedali ad alto costo e su servizi specialistici.

Alcuni commentatori osservano che l'assistenza sanitaria globale non è prioritaria in quanto le classi politiche locali di molte nazioni sono poco interessate a trasferire le risorse esistenti dall'elettorato politico urbano a quello rurale più povero, che notoriamente ha poco peso politico. In un terzo delle nazioni in via di sviluppo le popolazioni rurali corrispondono presumibilmente alla metà rispetto alle controparti urbane che hanno accesso ai servizi di assistenza sanitaria. L'assistenza sanitaria primaria non si rivolge alle classi politiche locali perché i risultati di essa richiedono molto tempo e perché i profitti non sono facilmente calcolabili. Ecco perché

⁴⁰ A.L. Taylor: Making the World Health Organization work. American Journal of Law and Medicine, 1992, p.323

L'assistenza sanitaria primaria è tra i primi interventi ad essere tagliati quando gli introiti governativi diminuiscono.

Un fattore correlato per costringere all'attuazione della "Salute per Tutti" in alcune nazioni potrebbe essere il legame di interessi fra le classi politiche locali e i medici professionisti. Il Presidente della 43° Assemblea Mondiale della Sanità osservò che gli ospedali e le scuole di medicina si sono dimostrate molto resistenti ai principi dell'assistenza sanitaria primaria. Altri osservatori hanno sostenuto questa teoria, affermando che il paradigma dell'assistenza sanitaria primaria non ha ancora scalfito il "conservatorismo della professione medica duro a morire" il quale è soprattutto interessato a preservare e diffondere il modello di salute pubblica tradizionale legato all'alta tecnologia e ai servizi ospedalieri. I medici esercitano comunemente la loro pressione per la concentrazione dei finanziamenti del settore sanitario nazionale su servizi ospedalieri ad alto costo e gli ospedali spesso non addestrano gli studenti di medicina a valutare il rapporto costo-effetto dell'assistenza sanitaria primaria.

La mancata realizzazione della strategia della "Salute per Tutti" evidenzia l'inadempimento degli obblighi ed impegni nazionali verso l'assistenza sanitaria primaria. Nonostante i successi operativi della strategia, le differenze degli standard sanitari e le disuguaglianze nella attribuzione di risorse sanitarie che caratterizzano i settori sanitari di molte nazioni rimangono immutate.

4.8 IL RUOLO DELLA LEGISLAZIONE NELLA REALIZZAZIONE DELLA STRATEGIA "SALUTE PER TUTTI"

Sebbene l'investimento nel settore della salute sia in definitiva influenzato dalla politica e dal potere, un impegno inadeguato verso la "Salute per Tutti" è anche il riflesso delle limitazioni della strategia dell'OMS nel rafforzare l'impegno nazionale per il diritto alla salute. Malgrado alcuni successi operativi, l'OMS non ha di fatto usato strategie legislative per promuovere il diritto alla salute.

La normativa nazionale ed internazionale, nonché le istituzioni preposte alla sorveglianza sull'applicazione della legge possono dare importanti contributi ai fini del diritto alla salute. Un'organizzazione internazionale ha potere limitato nell'influenzare la distribuzione delle risorse nazionali. L'OMS può agire comunque come catalizzatore per un cambiamento sostenendo la realizzazione pratica della

“Salute per Tutti” attraverso norme internazionali e nazionali di sanità pubblica e istituzioni di sorveglianza efficienti. L'utilizzo di misure legislative da parte dell'OMS può motivare e incentivare i leader a rivedere le priorità nazionali e ad orientare le risorse verso il settore dell'assistenza sanitaria primaria.⁴¹

Stimolare lo sviluppo delle norme di sanità pubblica e delle istituzioni a favore della “Salute per Tutti” è difficile, perché in definitiva, l'OMS non può imporre o realizzare il diritto alla salute. Gli sforzi delle Nazioni Unite e gli strumenti internazionali sui diritti umani non sono concepiti per prevedere i diritti umani o per rafforzare la loro previsione ma per spingere gli stati a consentire la loro rivendicazione. Infatti nel processo internazionale sui diritti umani “i diritti umani possono soltanto essere incoraggiati indirettamente” dalle organizzazioni internazionali. Di conseguenza l'OMS può attivare la sua macchina istituzionale soltanto per iniziare l'azione, sostenere gli sforzi degli Stati Membri e cercare consenso politico nazionale ed internazionale per la promozione dell'accesso universale alle condizioni della salute.

A) Gli sforzi dell'OMS

i) Diritto Internazionale per la Salute Pubblica

L'OMS ha ostacolato la piena potenzialità della campagna della “Salute per Tutti” non mettendo in atto i suoi poteri statutari per incoraggiare gli Stati verso un ampliamento del diritto internazionale che specifichi gli obblighi nazionali che perseguono il diritto alla salute. L'assenza di standard che forniscano contenuto e indicazioni precise sul diritto alla salute è di enorme significato per quanto riguarda la protezione e la promozione di questo diritto internazionale. Il diritto alla salute, come altri diritti economici e sociali contenuti nel Patto sui Diritti Economici, Sociali e Culturali, è un principio “a maglie larghe” e altamente generico. E' di conseguenza necessario un perfezionamento della norma per conferire precisi obblighi e diritti.

Letto congiuntamente all'art.2, l'art.12 del Patto sui Diritti Economici, Sociali e Culturali, prevede tra le altre cose, che i singoli Stati “intraprendano iniziative” utilizzando al massimo le risorse disponibili al fine del raggiungimento delle “migliori condizioni di salute fisica e mentale” di ogni individuo senza

⁴¹ A.L. Taylor: Making the World Health Organization work. American Journal of Law and Medicine, 1992, pp.326-329

discriminazione. Al di là di questa ampia formulazione l'art.12 presenta molte ambiguità. Il Patto non definisce il termine "salute" e neppure i doveri specifici degli Stati Membri necessari ad attuare il diritto alla salute. Il paragrafo n. 2 dell'art.12 del Patto non prevede altre indicazioni sullo scopo degli obblighi degli Stati contraenti.

Nessun altro documento ha fornito un'interpretazione autorevole del Patto. Il Comitato sui Diritti Economici, Sociali e Culturali, l'organo incaricato di assistere il Consiglio Economico e Sociale nel monitorare l'attuazione del Patto, ha anche funzioni di guida in questo ambito. Sulla base del Patto l'Assemblea Generale e altri organi delle Nazioni Unite hanno emanato altre numerose dichiarazioni e trattati indirizzando il diritto internazionale verso la salute di popolazioni particolarmente vulnerabili. Nessuno di questi strumenti internazionali ha tuttavia fornito indicazioni precise sugli obblighi degli stati e sui doveri individuali riguardanti il diritto alla salute. Inoltre né la Dichiarazione di Alma-Ata né altri strumenti successivi riguardanti la campagna della "Salute per Tutti" nata sotto gli auspici dell'OMS, si sono concretizzati in accordi legali vincolanti.

É evidente che le dichiarazioni internazionali che riguardano il diritto alla salute si sono dimostrate alquanto inadeguate ai fini della loro effettiva attuazione. Al di là di linee generali, è impossibile definire il contenuto preciso del diritto o ricavare un programma operativo al fine di garantirne la realizzazione attraverso gli strumenti internazionali esistenti. La terminologia generica sui diritti umani in molte convenzioni e dichiarazioni fa parte della retorica ideologica e dell'alta politica del sistema internazionale. Anziché stabilire un insieme di doveri previsti da disposizioni puntuali e precise, l'OMS e gli Stati Membri hanno creato soltanto numerosi strumenti internazionali e regionali che dettano norme indeterminate. Questi accordi generici si sono rivelati inefficaci nello stimolare impegni di politica nazionale ed interventi atti a promuovere e proteggere il diritto alla salute.

Se i governi obbediscano o meno alle disposizioni di legge a proposito del diritto alla salute o ad altre norme internazionali, ciò dipende da alcune variabili, sia all'interno che all'esterno del progetto di legge. Il senso del dovere di obbedire al diritto internazionale è sempre stato argomento di fascino teoretico perché fra l'altro il sistema internazionale differisce notevolmente dalla legge amministrativa locale. Il diritto internazionale non contempla alcuna autorità sovranazionale che possa imporre le norme con sanzioni contro gli stati inadempienti. L'osservanza del diritto

internazionale è direttamente connessa alla forza vincolante delle norme giuridiche, nella misura in cui esse proibiscono in maniera precisa o permettono un particolare comportamento. Norme troppo generiche viciano il senso del dovere delle nazioni di obbedire alle norme e di promuovere e proteggere il diritto internazionale alla salute. I redattori del Patto considerarono che l'OMS dovesse giocare un ruolo critico nella realizzazione del diritto alla salute attraverso lo sviluppo di accordi internazionali contenenti dettagliati doveri nazionali. L'art.23 del Patto stabilisce che:

“ Gli Stati Parte...concordano che l'azione internazionale finalizzata al raggiungimento dei diritti riconosciuti nella...Convenzione comprenda anche metodi quali la conclusione di convenzioni, l'adozione di raccomandazioni e incontri regionali e tecnici di consultazione e di studio da organizzarsi congiuntamente ai Governi interessati”.

Questa previsione “riflette i punti di vista spesso espressi durante la stesura del Patto, cioè che doveri più specifici e dettagliati rispetto ai diritti formulati nel Patto fossero essenziali e che questo compito dovesse essere svolto dalle agenzie”.

L'OMS ha la capacità legale di intavolare discussioni tra gli Stati Membri e fungere da piattaforma per la normativa internazionale sul diritto alla salute. Il Trattato dell'OMS conferisce autorità all'Organizzazione stessa di adottare convenzioni ai sensi dell'art.19, regolamenti ai sensi dell'art.21 e raccomandazioni ai sensi dell'art.23. Sebbene il potere regolamentare ai sensi dell'art.21 sia strettamente limitato ai problemi di sanità pubblica tradizionale, ai sensi dell'art.19 l'OMS ha l'autorità di indurre gli Stati Membri all'adozione di progetti di convenzioni o accordi concernenti materie che rientrano nella sfera di competenza dell'Organizzazione. L'art.19 non è stato applicato per quanto riguarda la strategia della “Salute per Tutti”.

L'OMS deve fondamentalemente far rispettare alle nazioni l'esecuzione dei trattati e l'adempimento degli obblighi. Ciò nonostante, l'Organizzazione non ha utilizzato i suoi poteri statuari di impulso all'azione e di mobilitazione ai fini della elaborazione di trattati multilaterali. Di conseguenza l'OMS non è stata in grado di garantire che le nazioni dessero adeguato rilievo e considerazione ai loro obblighi per il diritto alla salute.

ii) Istituzioni di Vigilanza

L'assoluta indeterminatezza del diritto alla salute rende ogni sforzo diretto al monitoraggio dell'osservanza delle norme da parte degli stati una prospettiva di difficile realizzazione, nel migliore dei casi. Anche considerando questa limitazione l'OMS non ha osato utilizzare sufficientemente le istituzioni di vigilanza per incoraggiare l'intervento nazionale sulla salute.⁴² L'Organizzazione non si è servita né della procedura prevista dal Patto consistente in rapporti periodici che gli Stati Contraenti sottopongono al Consiglio Economico e Sociale, né ha rispettato la propria procedura consistente nel rapporto annuale da parte dei governi per stimolare lo sviluppo dei servizi di assistenza sanitaria primaria universale.

Gli estensori del Patto si prefiggevano che l'OMS giocasse un ruolo critico nell'attuare gli scopi di questo strumento internazionale per quel che concerne il diritto alla salute. La procedura dei rapporti regolari prevista dal Patto richiede alle nazioni di sottoporre rapporti sulle misure adottate e sul progresso raggiunto in osservanza ai diritti riconosciuti dal Patto. La spinta principale all'attuazione dell'art.12 è diretta all'OMS in quanto l'Organizzazione possiede la competenza tecnica e la capacità necessaria tale da porsi in una posizione unica al fine di monitorare la condotta nazionale e valutare la precisione dei rapporti sottoposti dagli stati, secondo quanto il Patto richiede.

I sistemi dei rapporti periodici adottati dalle Nazioni Unite indicano che i rapporti che i Paesi presentano possono svolgere un ruolo notevole nella promozione dei diritti umani, sempre che i rapporti vengano sottoposti a valutazione critica da parte delle più importanti agenzie specializzate, che hanno altresì accesso alle informazioni provenienti da fonti non governative. Gli obblighi dell'OMS verso la procedura del "reporting" sono di grandissimo significato per la realizzazione del diritto alla salute. La divulgazione e la discussione degli insufficienti sforzi nazionali in un'arena internazionale possono dare un forte impulso ai governi nell'intensificare gli sforzi tesi alla realizzazione del diritto alla salute.

Oltre all'uso inefficiente della procedura dei rapporti regolari prevista dal Patto, l'OMS non ha adottato la procedura dei rapporti annuali prevista dal Trattato istitutivo dell'OMS per stimolare gli Stati Membri a adottare le raccomandazioni

⁴² A.L. Taylor: Making the World Health Organization work. American Journal of Law and Medicine, 1992, p.330

sulla strategia della “Salute per Tutti”. Ai sensi dell’art.62 del Trattato istitutivo dell’OMS, gli Stati Membri devono inviare un rapporto annuale all’Organizzazione sulle azioni intraprese nelle materie oggetto di raccomandazione. Questa procedura potrebbe essere trasformata in un’istituzione effettiva di vigilanza se l’OMS monitorasse il progresso nazionale ed analizzasse criticamente i rapporti degli stati.

I funzionari dell’OMS hanno riconosciuto che la necessità dei rapporti annuali “non è mai, di fatto, stata rigidamente applicata”. Di conseguenza, i rapporti degli stati, come pure i rapporti sottoposti secondo l’art.12 del Patto risultano fine a se stessi. Le procedure di “reporting” hanno quindi un significato trascurabile nello stimolare le nazioni a dare la giusta considerazione ai doveri finalizzati al diritto alla salute.

L’OMS possiede le risorse tecniche e la capacità di svolgere estese analisi in materia di intervento nazionale in campo sanitario. L’Organizzazione, come già detto, ha fissato degli “indicatori globali” atti a monitorare e valutare le strategie nazionali della “Salute per Tutti”. L’efficacia potenziale della strategia della “Salute per Tutti” è stata minata dagli insufficienti sforzi dell’OMS nell’individuare standard internazionali convincenti e nel monitorarne l’attuazione.

iii) Legislazione Nazionale per la Salute Pubblica

L’OMS non ha incoraggiato sufficientemente lo sviluppo della legislazione sanitaria nazionale per sostenere la sua campagna di sanità globale, con l’eccezione, a livello regionale, dell’Ufficio Regionale dell’OMS per l’Europa, il quale ha fatto della legislazione nazionale una parte integrante della strategia della “Salute per Tutti”.

In primo luogo i delegati della Conferenza Internazionale sull’Assistenza Sanitaria Primaria, considerati gli architetti della strategia della “Salute per Tutti”, non ravvisarono l’importanza del ruolo critico della legislazione locale ai fini dell’attuazione del diritto internazionale alla salute. Un rapporto congiunto del Direttore Generale dell’OMS e del Direttore Esecutivo dell’UNICEF presentato alla Conferenza evidenziò il ruolo della legislazione nazionale:

“In alcuni Paesi la legislazione sarà necessaria per facilitare lo sviluppo dell’assistenza sanitaria primaria e l’attuazione della sua strategia. Di conseguenza potrebbe essere necessaria una nuova legislazione o la revisione della legislazione esistente. D’altra parte esistono spesso leggi che non vengono applicate ma che così come sono potrebbero essere utilizzate per facilitare lo sviluppo dell’assistenza sanitaria primaria”.

Anche questa modesta modifica della legge nazionale di sanità pubblica ha ricevuto poco sostegno da parte dell'Organizzazione. Sebbene l'OMS abbia richiamato le nazioni a sviluppare politiche, piani e strategie nel contesto della campagna della "Salute per Tutti" si rende necessaria in molti Paesi una base legale nazionale affinché le misure intraprese garantiscano il diritto alla salute. Molti Paesi poveri, compresi gli Stati dell'Est Europeo e le nazioni della precedente Unione Sovietica, non possiedono una base legislativa o di regolamentazione adeguata sulla quale costruire i propri settori di sanità pubblica nazionale. Questo vuoto legislativo impedisce lo sviluppo dell'accesso universale all'assistenza sanitaria primaria.

Un progetto di legge nazionale appropriato rappresenta un requisito indispensabile per l'utilizzazione efficace ed efficiente delle risorse sanitarie di un Paese: "L'espansione e lo sviluppo nel settore della sanità pubblica si basano sulla legge. Nessun singolo servizio o programma regolatore di sanità pubblica può esistere senza autorizzazione legale", come ha dichiarato il professor Frank P. Grad. Un programma di sanità pubblica nazionale richiede autorizzazione legislativa e stanziamenti finanziari. Di conseguenza un progetto di legge nazionale potrebbe limitare un disordinato quanto inutile dispendio delle ristrette risorse nazionali.

B) Prospettive giuridiche per il diritto alla salute: esperienze di altre Organizzazioni Internazionali

Gli inadeguati sforzi dell'OMS nell'indurre gli Stati a creare norme giuridiche internazionali e ad applicarle attraverso il meccanismo di vigilanza previsto nel Patto sui Diritti Economici, Sociali e Culturali denota l'incapacità dell'OMS di definire le componenti essenziali della strategia della "Salute per Tutti". Come già il Direttore Generale dell'OMS ha osservato, l'Organizzazione deve ancora trovare "un paradigma realistico per la Salute per Tutti". I contrasti che caratterizzano il dibattito sulle politiche sanitarie globali rivelano in parte la complessità del compito di redigere una normativa sanitaria internazionale che risponda alle divergenti situazioni economiche, sociali, culturali e sanitarie prevalenti nei singoli stati.

La sfida di redigere norme sanitarie internazionali vincolanti evidenzia la difficoltà teorica generale di sviluppare norme sui diritti umani applicabili universalmente. Alcuni gruppi di relativisti hanno dimostrato che, anche nel caso in cui un particolare diritto umano abbia universale applicazione, il contenuto specifico della norma

dipende dalle situazioni delle singole nazioni e che quindi esso non può trovare una traduzione legislativa a livello internazionale.⁴³

L'esperienza di altre organizzazioni internazionali nell'indurre i governi a adottare norme internazionali da applicare concretamente nelle singole nazioni, potrebbe dissipare i dubbi sulle potenzialità dello sviluppo di norme internazionali in generale e del diritto alla salute in particolare. IL Programma delle Nazioni Unite per l'Ambiente (UNEP, United Nations Environmental Program) è stato in alcuni casi in grado di fornire agli stati una piattaforma per una legislazione efficace in materia di ambiente e salute umana. In questo caso l'UNEP è riuscita a far progredire il diritto ambientale internazionale che meglio risponda alle situazioni e ai problemi locali.

L'UNEP ha individuato un certo numero di meccanismi innovativi al fine di garantire accordi internazionali su problemi ambientali. Tale Organizzazione ha strutturato le proprie convenzioni in modo tale da ottenere il più largo consenso possibile utilizzando accordi internazionali, unitamente a richieste di attuazione attraverso una legislazione nazionale elaborata dagli esperti locali.

Con il Protocollo di Montreal sulle Sostanze che Riducono lo Strato di Ozono presentato alla Convenzione di Vienna per la Protezione dello Strato di Ozono, l'UNEP ottenne largo consenso fra le nazioni sulle misure da adottare per la riduzione dell'ozono. Il Protocollo dà mandato alle nazioni che lo ratificano di ridurre gradualmente il consumo e la produzione di particolari sostanze chimiche responsabili della riduzione dell'ozono. Esso prevede anche che le nazioni firmatarie adottino una legislazione locale e politiche in conformità alla Convenzione. Molti governi promulgarono una legislazione nazionale in accordo con il trattato, tra i quali Stati Uniti, Messico e 12 nazioni europee.

Lo Schema di Convenzione sul Cambiamento del Clima presentato per la firma alla Conferenza delle Nazioni Unite su Ambiente e Sviluppo a Rio de Janeiro nel 1992 è modellato sulla traccia del Protocollo di Montreal, compresi i provvedimenti che contengono i principi generali dei doveri e dei mandati per lo sviluppo di strategie nazionali. La Conferenza di Rio fu contraddistinta da due anni di negoziazioni preparatorie estenuanti sulle condizioni del trattato, con contrasti fra nazioni ricche e povere e fra Stati Uniti e altre nazioni industrializzate. Sebbene gli obiettivi

⁴³ A.L. Taylor: Making the World Health Organization work. American Journal of Law and Medicine, 1992, pp.332-335

legalmente vincolanti e le scadenze furono cancellati dal testo finale dello strumento, il trattato costituisce ancora oggi un passo importante nel diritto internazionale per la difesa dell'ambiente, vincolando le nazioni a adottare misure per limitare l'emissione di gas inquinanti. La preoccupazione pubblica sul surriscaldamento del globo ha già indotto alcune nazioni ad approntare interventi legislativi a sostegno del trattato.

L'Organizzazione Marittima Internazionale (IMO, International Maritime Organization) ha anch'essa adottato la tecnica dei larghi accordi e dei piani di attuazione nazionale per ottenere consenso internazionale in materia ambientale. Nel periodo immediatamente successivo all'incidente petrolifero della Exxon Valdez nel 1989, l'Organizzazione Marittima Internazionale riuscì ad attirare l'attenzione delle nazioni sulla grave minaccia all'ambiente marino causata dall'inquinamento di petrolio e a suggerire l'adozione della International Convention on Oil Pollution Preparedness, Response and Cooperation (Convenzione Internazionale sulle misure di Pronto Intervento, Risposta e Cooperazione in caso di Inquinamento da Petrolio). Oltre alle misure per una risposta internazionale all'emergenza, il trattato richiede ad ogni nazione di predisporre un piano nazionale di intervento e di risposta immediata in caso di necessità. Nell'aprile 1991 diciassette stati, Stati Uniti compresi, avevano già firmato la Convenzione.

L'UNEP e l'IMO sono state in grado di favorire lo sviluppo di standard internazionali su questi problemi con implicazioni di carattere politico stringendo patti e compromessi tra i governi. Il diritto internazionale scaturito da queste organizzazioni è abbastanza preciso nel conferire obblighi specifici agli Stati Membri ed abbastanza esteso da ottenere consenso politico e conciliare le divergenze delle singole nazioni.

A prima vista comunque l'esperienza legislativa dell'UNEP e dell'IMO sembrerebbe essere unica e non indicativa della potenzialità dell'OMS nel mobilitare il sostegno a favore del diritto sanitario internazionale. Cosa ancora più importante, questi accordi internazionali non implicano dispendio di risorse nazionali, come invece richiederebbero le strategie locali finalizzate alla "Salute per Tutti". Inoltre, in ognuno dei trattati menzionati, l'IMO e l'UNEP sono state in grado di ottenere un consenso internazionale in un settore apparentemente più universale di quanto non lo siano le condizioni sanitarie delle singole popolazioni. Le reali condizioni di vita internazionale, comunque, come dimostrato dalla rapida diffusione internazionale

delle malattie in generale e in particolare dell'HIV/AIDS, evidenziano bisogni urgenti sempre maggiori e l'interdipendenza delle condizioni sanitarie globali. Lo status di salute della popolazione di una nazione non può essere isolato da quello di altre nazioni: la salute universale è un problema globale che richiede interventi multilaterali.

Il successo dell'IMO e dell'UNEP nel sollecitare l'intervento nazionale dimostra che, nonostante la realtà politica del sistema statale, le organizzazioni multilaterali possono agire attivamente sulle decisioni degli Stati Membri promuovendo lo sviluppo della legge nazionale e del diritto internazionale. Inoltre l'efficacia delle organizzazioni nell'allargare il diritto internazionale ad aree relative alla salute umana è di grande insegnamento poiché evidenzia che le norme internazionali unitamente alla legislazione locale possono giocare un grande ruolo nella realizzazione del diritto alla salute.

C) Importanza del diritto e delle istituzioni a sostegno della strategia “Salute per Tutti”

Il mancato dibattito e intervento sulle norme sanitarie nazionali ed internazionali nonché l'assenza di istituzioni di vigilanza efficaci ha posto l'OMS nell'impossibilità di portare la discussione sulla “Salute per Tutti” alla giusta attenzione delle élites politiche. L'OMS non è stato in grado di ottenere consenso politico e svolgere l'azione necessaria per il diritto alla salute, non avendo sostenuto lo sviluppo di una normativa sanitaria pubblica ed istituzioni di vigilanza efficienti. Come conseguenza di questa strategia “non legislativa”, l'OMS non è stata capace di motivare gli stati a promuovere la salute delle proprie popolazioni, non avendo orientato l'opinione pubblica verso il miglioramento nazionale dell'assistenza sanitaria primaria. Il corollario di questo approccio non legislativo alla “Salute per Tutti” è quindi una campagna pubblica inadeguata verso il diritto alla salute.⁴⁴

I primi partecipanti ai dibattiti dell'OMS sulle politiche e sulle strategie di sviluppo in campo nazionale ed internazionale sono stati i ministri della sanità, tecnocrati che generalmente mancano di influenza significativa o di potere nei sistemi politici interni. La politica organizzativa dell'OMS consistente nel lavorare direttamente

⁴⁴ A.L. Taylor: Making the World Health Organization work. American Journal of Law and Medicine, 1992, p.335

all'interno dei ministeri della sanità nazionali esclude dalla discussione le altre forze politiche ed il coinvolgimento del pubblico. In conseguenza di questo approccio, in molti Paesi la "Salute per Tutti" non ha ottenuto la giusta considerazione da parte dei leaders politici.

La direzione centrale dell'OMS non comprende forze politiche e i funzionari dell'Organizzazione sono piuttosto specialisti, medici, scienziati ed esperti di sanità pubblica. L'Assemblea dell'OMS comprende ministri della sanità o esperti nazionali nel campo sanitario, il Consiglio Esecutivo è scelto dall'Assemblea sulla base di qualifiche tecniche nel settore e il Direttore Generale è nominato dal Consiglio Esecutivo. Il presidente della 43° Assemblea Mondiale della Sanità ha riconosciuto l'isolamento della strategia osservando che "la filosofia e la prassi dell'assistenza sanitaria primaria sono principalmente rimaste entro i confini degli uffici dei ministeri della sanità". Conseguentemente a questa linea, l'OMS non ha, di fatto, attivato il sostegno pubblico per un intervento nazionale sulla salute. Quindi l'OMS non è stata in grado di coinvolgere l'opinione pubblica nell'indurre i leaders nazionali a considerare debitamente i loro obblighi diretti alla realizzazione del diritto alla salute. Rafforzare il sostegno pubblico per un'azione nazionale e multilaterale e portare all'attenzione pubblica l'adempimento o l'inadempimento da parte delle nazioni alle regole giuridiche sono stati gli ingredienti chiave per il successo delle iniziative legislative di altre organizzazioni internazionali.

I successi dell'UNEP nell'ottenimento di accordi multilaterali su problematiche ambientali va attribuito in grande misura ai grandi sforzi per risvegliare la consapevolezza pubblica e quindi sostenere gli accordi globali. Il successo dell'UNEP nel persuadere i Paesi a svilupparsi e a adeguarsi alle norme internazionali è in parte basato sulla larga diffusione di informazioni scientifiche che sostengono la necessità di intervento globale ed anche sulla ampia pubblicità data all'adempimento nazionale ai trattati sponsorizzati dall'UNEP.

L'Organizzazione Internazionale del Lavoro (ILO, International Labour Organization) è anch'essa stata in grado di adottare tecniche di promozione pubblica per garantire ampia conformità ad alcune norme internazionali sviluppate sotto i propri auspici.⁴⁵ A differenza dell'OMS, l'ILO ha trasformato una procedura di

⁴⁵ A.L. Taylor: Making the World Health Organization work. American Journal of Law and Medicine, 1992, pp. 336-337

governo consistente nel sottoporre rapporti all'Organizzazione in un meccanismo di vigilanza efficace che stimola l'adempimento delle norme. L'ILO ha sviluppato una procedura di verifica dove, oltre ai rapporti governativi annuali o biennali, un comitato tecnico indipendente conduce regolari verifiche per accertare l'adempimento da parte dei singoli Stati alle norme dell'ILO. Il Comitato della Conferenza sull'Applicazione delle Convenzioni e delle Raccomandazioni sottopone inoltre a dibattito pubblico i risultati. Secondo un osservatore, questa procedura si è “tradotta in un'opinione pubblica a livello mondiale che sollecita l'adempimento da parte dei governi, maggiore di quanto si possa ottenere con la minaccia di un intervento legale intergovernativo”. Il sostegno della pubblica opinione è di particolare importanza per l'avanzamento dei diritti umani, compreso il diritto alla salute. La necessità critica di un coinvolgimento dell'opinione pubblica nella realizzazione della normativa sui diritti umani è stata così enfatizzata da Louis Henkin: *“La grande crescita del diritto internazionale sui diritti umani sta ad indicare l'influenza di idee e di retorica, la sensibilità dei governi moderni alla pubblica opinione e l'efficacia delle organizzazioni internazionali al fine di sfruttare questa sensibilità per trasformare le idee e la retorica in legge e in indirizzi politici e comportamenti nazionali”*.

L'opinione pubblica è fondamentale per la realizzazione del diritto alla salute poiché, tra le altre cose, i fattori che generalmente inducono gli Stati a adempiere agli altri settori del diritto internazionale non si richiamano allo stesso modo alle norme sui diritti umani. “La normativa sui diritti umani non è reciproca fra stati: non c'è altro Stato che possa ritenersi vittima o in alcun modo offeso quando uno Stato viola i propri doveri sui diritti umani”.⁴⁶ Per quanto concerne il diritto alla salute, è probabile che le nazioni siano riluttanti ad esercitare pressioni su altri Paesi per l'attuazione delle norme sanitarie perché un simile tentativo verrebbe considerato come ingerenza negli affari interni. Gli sforzi dell'OMS volti a pubblicizzare il diritto alla salute, gli obblighi giuridici degli Stati Membri e il loro adempimento od inadempimento alle norme potrebbero quindi essere determinanti nelle aree dove lo status sanitario locale non viene concepito quale interesse globale.

⁴⁶A.L. Taylor: Making the World Health Organization work. American Journal of Law and Medicine, 1992, p.338

Sebbene sia impossibile stimare il valore preciso dell'opinione pubblica, le autorità concordano che essa ha avuto grande impatto sul processo internazionale dei diritti umani in numerose aree. Come un osservatore ha dichiarato:

“sembra altamente probabile anche se non del tutto provato che alcuni gruppi pubblici traggono ispirazione e legittimazione per la loro attività sui diritti umani dalle risoluzioni, dichiarazioni e convenzioni delle Nazioni Unite...Alcuni gruppi e privati cittadini...si attivano nel richiedere ai loro governi di attenersi generalmente alle norme delle Nazioni Unite sui diritti umani. In quel senso c'è qualcosa che può essere inteso come opinione pubblica mondiale debole e diseguale nella distribuzione, ma esistente ed eventualmente sempre crescente”.

Nonostante tutti gli sforzi operativi dell'OMS, l'Organizzazione non sarà in definitiva in grado di ottenere una realizzazione ottimale della strategia della “Salute per Tutti” in assenza di una base legislativa. Una singola organizzazione, indipendentemente da quanto attiva, non può offrire unilateralmente condizioni di base per la sanità globale. Nello sforzo di amministrare le diverse iniziative di sanità internazionale, i funzionari dell'OMS prendono atto della frammentazione dei programmi. Fondamentalmente il ruolo dell'OMS deve essere di agente catalizzatore, un centro per il dibattito e per la formulazione e codificazione delle linee di condotta da seguire.

Il confronto con le attività legislative delle altre organizzazioni internazionali, in particolare dell'UNEP, dimostra la potenziale efficacia di un approccio legislativo alla strategia della “Salute per Tutti”. Sebbene un'organizzazione internazionale abbia fondamentalmente scarso potere di influenzare significativamente la distribuzione delle risorse nazionali, l'esperienza di altre agenzie multilaterali conferma che essa può essere ancora attiva nel processo sui diritti umani. L'OMS può esercitare un'influenza decisiva sulle decisioni degli Stati Membri promovendo e guidando l'azione governativa attraverso l'uso della propria autorità e legittimazione organizzativa. Il largo uso, da parte dell'OMS, dell'autorità e forse anche della legittimazione a fungere quale piattaforma per la creazione della legge nazionale, del diritto internazionale e delle istituzioni potrebbe risultare decisivo per la realizzazione del diritto alla salute.

4.9 FUTURO DI UN APPROCCIO LEGISLATIVO NELL'AMBITO DELLA STRATEGIA "SALUTE PER TUTTI"

Promuovere la legge nazionale ed il diritto internazionale nonché le istituzioni per la realizzazione del diritto alla salute può essere di contributo all'avanzamento delle strategie dell'OMS per la salute. Le esperienze di altre organizzazioni internazionali nell'impiego di tecniche legislative possono essere di modello e di guida per i comportamenti futuri dell'OMS.⁴⁷

Gli sforzi legislativi dell'OMS a sostegno della "Salute per Tutti" dovrebbero tendere anche a sollecitare le nazioni a sviluppare ed attuare accordi multilaterali strutturalmente simili ai trattati IMO e UNEP. L'OMS dovrebbe proporre trattati internazionali contenenti i principi generali degli obblighi sanitari nazionali unitamente alle richieste di attuazione attraverso la legge nazionale. In alcune nazioni l'OMS deve sostenere lo sviluppo di uno schema amministrativo e normativo mediante consulenze tecniche ed assistenza. L'OMS può richiedere la conformità alle norme internazionali utilizzando varie tecniche, quali una verifica efficace degli sforzi nazionali attraverso il meccanismo dei rapporti regolari previsti dal Patto sui diritti Economici, Sociali e Culturali e altre tecniche di informazione. Incoraggiando l'intervento nazionale ed internazionale sulla salute con queste ed altre procedure, verrebbe a costituirsi un inequivocabile ed evidente mutamento, passando dalla retorica ad un avanzamento reale del diritto alla salute.

Alcuni dei dodici indicatori di massima indicati dall'OMS per il monitoraggio globale e per la valutazione della strategia della "Salute per Tutti" hanno applicazione universale e possono diventare la base concreta per un trattato internazionale sulla salute.

L'OMS è in grado di formulare principi sanitari comuni che possano essere applicati all'interno e regolati da ogni nazione, nonostante le particolari circostanze sanitarie e le differenti condizioni culturali esistenti tra le nazioni.

Questi principi e criteri comuni possono essere sviluppati in quanto il settore sanitario denota una varietà di tendenze comuni alle nazioni. Una tale prescrizione legislativa non si rivolge, naturalmente, alla base socio economica di mala sanità né

⁴⁷A.L. Taylor: Making the World Health Organization work. American Journal of Law and Medicine, 1992, pp. 344-345

intende la definizione di salute quale “stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente assenza di malattie e di infermità”. Raggiungere questi od altri modesti obiettivi può, di fatto, significare soltanto sopravvivenza, non buona salute. Nonostante queste limitazioni, tali norme potrebbero costituire un primo passo ragionevole e politicamente possibile verso l’attuazione graduale del diritto alla salute il che è di gran lunga preferibile all’attuale vuoto normativo.

Capitolo 5: LA STRUTTURA DELL'OMS

5.1 OSSERVAZIONI GENERALI

L'OMS ha una struttura complessa che comprende, in aggiunta agli organi centrali comuni anche alle altre agenzie specializzate delle Nazioni Unite (Assemblea, Consiglio Esecutivo, Segretariato e vari comitati), strutture regionali create dall'OMS stesso o organi regionali già esistenti integrati nell'Organizzazione.

Ginevra è la sede centrale dell'Organizzazione. Alessandria, Brazzaville, Copenaghen, Manila, Nuova Delhi e Washington sono le sedi centrali delle organizzazioni regionali.

5.2 LO STATUS DI MEMBRO E IL PROBLEMA DEL RECESSO

L'Organizzazione Mondiale della Sanità presenta, come gli altri istituti specializzati, le caratteristiche tipiche delle organizzazioni intergovernative tradizionali. E' inoltre un'organizzazione aperta, a vocazione universale: il numero dei suoi Stati Membri tende a coincidere con quello dei Membri delle Nazioni Unite.

Attualmente gli Stati Membri sono 191. Alcuni Stati (è il caso della Svizzera e delle due Coree) sono Membri dell'OMS e non delle Nazioni Unite. La Santa Sede, soggetto di diritto internazionale, non è membro dell'OMS. Ha tuttavia presso l'ente, come presso le Nazioni Unite ed altri istituti specializzati (come FAO ed UNESCO) una propria rappresentanza permanente.

L'art.3 dell'atto costitutivo stabilisce che tutti gli Stati possono ottenere la qualità di membro dell'Organizzazione. Viene tuttavia operata una distinzione sul piano procedurale, laddove per gli Stati che sono già Membri delle Nazioni Unite è sufficiente l'accettazione dell'atto costitutivo (a norma dell'art.4)⁴⁸, mentre per gli altri Stati è stabilita la necessità della presentazione di una domanda all'Assemblea, che vota a maggioranza semplice sulla proposta di ammissione (a norma dell'art.6).

L'Italia è membro dell'Organizzazione dall'11 aprile del 1947.

Una categoria intermedia di Stati, contemplata all'art.5 è costituita da quella i cui governi erano stati invitati ad inviare osservatori alla Conferenza Internazionale della Sanità (New York 1946) e che potevano divenire Membri a seguito di firma o

⁴⁸Bowett parla di un "membership link" tra l'istituto specializzato e le N.U.

accettazione, purché ciò si verificasse compiutamente entro il periodo antecedente la prima sessione dell'Assemblea.

Come la Carta delle Nazioni Unite e a differenza di altri istituti specializzati (ILO, UNESCO, FAO, WMO e altri) l'atto costitutivo dell'OMS richiede che la ratifica sia avvenuta conformemente ai procedimenti costituzionali interni.

Come la FAO, l'UNESCO, l'ITU, l'IMCO e a differenza dell'ILO, del FMI, della BIRD, dell'ICAO e dell'UPU, l'OMS prevede lo status di Membro associato per territori o gruppi di territori non responsabili della condotta delle proprie relazioni internazionali. A norma dell'art.8, la richiesta di ammissione in qualità di membro associato deve essere presentata dallo Stato Membro o dalla autorità che abbia la responsabilità della condotta delle relazioni internazionali del territorio o gruppo di territori associando. In questo caso, si realizza una forma di rappresentanza internazionale.⁴⁹ Tuttavia i Membri associati non acquistano, per il solo fatto del riconoscimento di questo particolare status, la qualità di soggetti dell'ordinamento internazionale.

La Prima assemblea Mondiale della Sanità ha adottato in data 21 luglio 1948 una risoluzione in materia di diritti ed obblighi dei Membri associati in seno all'Assemblea e al Consiglio Esecutivo dell'Organizzazione. La risoluzione stabilisce, per i Membri associati, il diritto di partecipare senza diritto di voto ai lavori dell'Assemblea e dei suoi comitati principali, nonché di sottoporre proposte al Consiglio Esecutivo, senza però essere eleggibili a far parte di esso. A compensazione di queste limitazioni, l'Organizzazione tiene conto della differenza di status nel determinare l'ammontare del contributo dei Membri associati al bilancio sociale.

Seguendo il processo evolutivo dell'Organizzazione, dalla sua costituzione ai giorni nostri, si può constatare come l'ammissione in qualità di Membro associato sia stata generalmente una prima tappa verso l'adesione piena per territori che hanno, in un momento successivo, acquistato l'indipendenza e, quindi, la personalità giuridica dell'ordinamento internazionale. La previsione dello status di Membro associato ha, inoltre, consentito di allargare l'Organizzazione, facendo partecipare ai suoi obiettivi zone particolarmente arretrate e, come tali, bisognose di essere destinatarie delle

⁴⁹ E. Greppi: OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità). *Novissimo Digesto Italiano*, Appendice, Volume V, Torino, 1987, p.449

funzioni sociali ed umanitarie dell'OMS. Di tali zone facevano parte, nei primi decenni della Seconda Guerra Mondiale, territori ancora privi dell'indipendenza, requisito imprescindibile per l'acquisto della soggettività giuridica internazionale. E non possedendo la personalità giuridica dell'ordinamento internazionale, tali territori non potevano far parte, come Membri a pieno titolo, delle organizzazioni internazionali create mediante accordo da soggetti internazionali. Di qui l'importanza della previsione di uno status particolare di "Membro associato" per consentire a questi territori un'appartenenza limitata all'Organizzazione. Con il passare degli anni e con l'accesso all'indipendenza di numerosi Paesi è andata diminuendo, nella prassi, la quantità di Membri associati. Oggi solo Porto Rico e Tokelau sono Membri associati.

L'art.7 del Trattato istitutivo prevede la possibilità di sospendere dal diritto di voto e dal godimento dei servizi prestati dall'Organizzazione, lo Stato Membro che non ottemperi ai propri obblighi finanziari nei riguardi dell'Organizzazione, oppure "in altre circostanze eccezionali". Tali circostanze non sono meglio precisate dall'atto costitutivo. Nel deliberare la sospensione di un Membro, l'Assemblea gode di un ampio potere discrezionale: essa "può" sospendere "alle condizioni che ritiene opportune".

D'altra parte l'atto costitutivo conferisce all'Assemblea anche l'autorità di ripristinare la situazione precedente nei confronti dello Stato Membro sospeso, reintegrandolo nella condizione di pieno godimento del diritto di voto e della destinarietà dei servizi.

In applicazione dell'art.7, la XVII Assemblea Mondiale della Sanità ha sospeso l'Unione Sud Africana (la cui delegazione reagì alla risoluzione ritirandosi per protesta) per la sua politica di discriminazione razziale.

La XVIII Assemblea Mondiale della Sanità, a sua volta, con risoluzione WHA 18.48, ha adottato un emendamento all'art.7 al fine di consentire la sospensione o l'espulsione dall'Organizzazione di uno Stato Membro che non tenga conto dei principi umanitari e degli obiettivi enunciati nel Trattato istitutivo, applicando una politica di discriminazione razziale. L'adozione di un emendamento di questo genere si colloca nel quadro della tendenza più generale, manifestatasi in seno alle principali Organizzazioni internazionali, in relazione alle preoccupazioni per le continue e diffuse violazioni dei diritti dell'uomo, solennemente proclamati dalle Nazioni Unite.

Tali preoccupazioni, inoltre, sono ovviamente particolarmente sentite in un'Organizzazione a scopo sociale ed umanitario come l'OMS.

L'emendamento all'art.7, che nel suo ultimo comma prevede il ripristino della qualità di Membro, ma soltanto a seguito della presentazione di un rapporto che comprovi che lo Stato sospeso od espulso abbia rinunciato alla politica discriminatoria, non è ancora oggi entrato in vigore, non avendo i due terzi degli Stati Membri provveduto all'accettazione (come previsto dall'art. 73).

La sospensione può anche essere soltanto parziale. Ad esempio nel 1966 la XIX Assemblea Mondiale della Sanità ha sospeso il diritto del Portogallo di partecipare al Comitato Regionale dell'Africa e di godere della prestazione di assistenza tecnica, a causa del suo persistente rifiuto di conformarsi alle risoluzioni ONU. Si è trattato quindi di una sospensione dalle attività regionali da un lato, e dal godimento di determinati benefici settoriali dall'altro.

La possibilità di dar luogo all'espulsione, prevista dall'art.6 della Carta delle Nazioni Unite in caso di persistente violazione dei principi, non è normalmente contemplata negli atti costitutivi degli istituti specializzati. Qualora entrasse in vigore l'emendamento all'art.7, diventerebbe possibile l'espulsione di uno Stato reso colpevole della violazione dei fondamentali principi umanitari. L'assenza di una clausola di espulsione rappresenta una conferma della volontà dell'organizzazione di mantenersi universale, soprattutto in considerazione della universalità delle sue finalità sociali ed umanitarie.⁵⁰

Come la Carta delle Nazioni Unite e a differenza di altre organizzazioni internazionali, l'atto costitutivo dell'OMS non prevede espressamente la facoltà di recesso (la Conferenza Internazionale della Sanità del 1946 aveva incluso nel testo dei suoi lavori una dichiarazione in cui si stabiliva che "uno Stato Membro non è vincolato a rimanere nell'OMS se i suoi diritti e i suoi obblighi vengano mutati da un emendamento all'atto costitutivo...che esso non sia in grado di accettare"). E' da ritenere che sia però applicabile anche all'atto costitutivo dell'OMS la clausola "rebus sic stantibus", in conformità con le norme generali del diritto dei Trattati. Affinché si possa richiamare questa clausola resta comunque imprescindibile la condizione che il mutamento intervenuto nella situazione sia profondo e radicale ed

⁵⁰ E. Greppi: OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità). *Novissimo Digesto Italiano*, Appendice, Volume V, Torino, 1987, p.449

incida sul contenuto sostanziale dell'accordo. Sembrerebbe, in ogni modo, che gli estensori del Trattato istitutivo dell'OMS abbiano voluto sottolineare, anche in questa fattispecie, la fondamentale tendenza all'universalità dell'organizzazione e, pertanto, abbiano volutamente omissi di inserire un'esplicita clausola di recesso.⁵¹

Alexandrowicz sostiene invece che se uno Stato ha accettato l'atto costitutivo senza apporre riserve, non può lasciare l'organizzazione senza dar luogo ad una "dissociazione illegale" dell'accordo istitutivo.⁵²

D.W. Greig, dopo aver sottolineato la natura dinamica dei Trattati istitutivi delle organizzazioni internazionali, afferma che il recesso deve ovviamente essere scoraggiato, ma dal momento che il lavoro e l'efficacia di ogni organizzazione è basato sulla cooperazione, il recesso può essere l'alternativa migliore alla mancanza di cooperazione.⁵³

Un caso particolare è rappresentato dagli Stati Uniti d'America che, al momento dell'accettazione del Trattato istitutivo dell'OMS formularono una riserva, in base alla quale intendevano ottenere la facoltà di recedere col preavviso di un anno e con l'impegno di onorare le obbligazioni finanziarie per l'anno in corso. La riserva degli Stati Uniti, che non aveva un fondamento giuridico nel dettato costituzionale dell'Organizzazione, è stata, tuttavia, approvata all'unanimità dall'Assemblea Mondiale della Sanità il 2 luglio 1948. Non ha però a tutt'oggi avuto concreta attuazione.

Il problema del verificarsi di un'ipotesi di recesso si è invece concretamente posto per i Paesi del blocco dell'Europa Orientale nel periodo acuto della guerra fredda. Nel 1949, infatti, l'Unione Sovietica, la Bielorussia, l'Ucraina e la Bulgaria, e, nel 1950 l'Albania, la Cecoslovacchia, la Polonia, la Romania e l'Ungheria dichiararono di non essere soddisfatte del lavoro dell'Organizzazione e notificarono la propria volontà di recedere.

Il Direttore Generale espresse l'opinione che in mancanza di una norma che espressamente prevedesse la facoltà di recedere, un recesso di fatto non potesse essere considerato alla stregua di un recesso di diritto. Invitava pertanto gli Stati in questione a far rivivere il loro status di Membri.

⁵¹ E. Greppi: OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità). Novissimo Digesto Italiano, Appendice, Volume V, Torino, 1987, p.450

⁵² C.H. Alexandrowicz: World Economic Agencies Law and Practice, London, 1962, p.125

⁵³ D.W. Greig: International Law, London, 1976, p.857

Non ritenendo l'Assemblea, a sua volta, la sussistenza di una situazione di fatto tale da giustificare il ricorso alla clausola "rebus sic stantibus", questi Stati furono dichiarati "Membri inattivi". Anche la Cina nazionalista, che aveva a sua volta manifestato la propria volontà di recedere, fu poi compresa in questa categoria non contemplata dal Trattato istitutivo.

A riprova che, per quanto inattivi, questi Stati fossero ancora considerati Membri sta il fatto che essi continuarono a ricevere regolarmente le convocazioni alle riunioni dei vari organi. Dal momento che non versavano più i loro contributi all'Organizzazione questa decise di adottare due bilanci, uno comprendente tutti gli Stati Membri (un bilancio de iure) ed uno che escludeva i Membri inattivi (un bilancio de facto).

È palese il fatto che al di fuori di motivazioni puramente politiche, nulla giustificava la collocazione di questi Stati in una specie di "limbo" giuridico, non previsto dal Trattato istitutivo. D'altra parte, non sussistevano ragioni sufficienti per ritenere fondato il riconoscimento a questi Stati della facoltà di recesso. Si è scelta quindi una strada intermedia che consentisse di evitare le profonde lacerazioni che avrebbero comportato una adozione di sanzioni a carico di Stati inequivocabilmente autori di un atto illecito nei confronti dell'Organizzazione.

Nel 1956 l'Assemblea ha adottato, con 51 voti favorevoli e 5 astensioni, una risoluzione volta a favorire il ritorno ad uno status di piena membership dei Membri "inattivi". Questa risoluzione offriva anche un compromesso finanziario in base al quale lo Stato avrebbe dovuto versare una somma simbolica del 5 % annuo del proprio contributo per ciascuno degli anni di inattività. Fu data insomma una interpretazione "liberale" dell'art.7 al fine di pervenire ad una soluzione accettabile per tutti.

In conclusione ad una soluzione rigorosamente costituzionale ma che avrebbe spinto gli stati in questione ad una "inattività" definitiva, l'Organizzazione preferì tenere un comportamento che non pregiudicasse l'universalità dell'Organizzazione. E ciò senza mai pervenire al riconoscimento di un recesso di fatto come suscettibile di produrre gli effetti di un riconoscimento di diritto.

5.3 L'ASSEMBLEA MONDIALE DELLA SANITÀ (WORLD HEALTH ASSEMBLY)

L'Assemblea Mondiale della Sanità, organo plenario, è composta di delegati che rappresentano gli Stati Membri. E' quindi un organo di Stati e non di individui. Come nei più importanti istituti specializzati del sistema delle Nazioni Unite (come ad es. FAO, ILO, UNESCO) anche nell'ambito istituzionale dell'OMS l'organo plenario è l'organo dominante. L'Assemblea determina le scelte operative dell'Organizzazione, detiene il potere normativo ed esercita il controllo effettivo sull'operato del Consiglio Esecutivo e del Segretariato.

Le sue funzioni sono minuziosamente elencate nell'art.18 dell'atto costitutivo:

- determinare le politiche dell'Organizzazione
- nominare gli Stati Membri aventi titolo a designare un proprio rappresentante nel Consiglio
- nominare il Direttore Generale
- controllare ed approvare i rapporti e le attività del Consiglio e del Direttore Generale e dare istruzioni al Consiglio
- istituire comitati
- approvare il bilancio e controllare le politiche finanziarie dell'Organizzazione
- invitare altre Organizzazioni a partecipare, senza diritto di voto, ai lavori di comitati e di conferenze
- prendere in considerazione le raccomandazioni degli organi delle Nazioni Unite in materia sanitaria e ad essi riferire sulle azioni adottate per dare loro attuazione
- fare riferimento al Consiglio Economico e Sociale, sulle basi fissate nell'accordo di collegamento
- promuovere e dirigere la ricerca in campo sanitario
- adottare una qualunque azione ritenuta appropriata per raggiungere gli obiettivi dell'Organizzazione.

Gli art.19 e seguenti disciplinano, inoltre, il poter normativo dell'Assemblea, consistente nell'adozione di progetti di convenzioni o accordi nonché di regolamenti in materia sanitaria. L'Assemblea infine può rivolgere raccomandazioni agli Stati Membri.

Ciascuno Stato Membro può essere rappresentato da tre delegati (uno dei quali designato capo della delegazione), scelti tra le persone più qualificate per competenza tecnica nel campo sanitario, e preferibilmente provenienti dall'amministrazione sanitaria nazionale.

Ad ogni singola delegazione spetta un voto, senza alcun riguardo a criteri diversi da quello dell'uguaglianza giuridica dei soggetti dell'ordinamento internazionale.

L'Assemblea si riunisce in sessione ordinaria una volta all'anno, e in sessione straordinaria su richiesta del Consiglio Esecutivo oppure della maggioranza degli Stati, possibilità quest'ultima che non è prevista in tutti gli istituti specializzati (ad es. nell'ordinamento UNESCO).

Il capitolo XIII del Trattato istitutivo dell'OMS disciplina l'esercizio del diritto di voto. Anzitutto ogni stato Membro dispone, di un voto. Questo è in linea con il carattere giuridicamente egualitario della comunità internazionale, rispecchiato fedelmente nell'organo plenario.⁵⁴ L'art.60 disciplina il concreto esercizio del diritto di voto, indicando espressamente le materie per le quali è richiesta una maggioranza di 2/3 dei Membri presenti e votanti: l'adozione di progetti di convenzioni, l'approvazione di accordi con le Nazioni Unite e con altre Organizzazioni, l'adozione di emendamenti al Trattato istitutivo.

Sulle altre questioni, compresa la determinazione di categorie aggiuntive di materie per cui richiedere i 2/3, l'Assemblea vota a maggioranza semplice dei Membri presenti e votanti. Analogamente vota anche il Consiglio.

La struttura dell'art.60 dell'atto costitutivo dell'OMS segue il modello dell'art.18 della Carta delle Nazioni Unite, che regola la procedura di voto in Assemblea Generale. L'OMS, a differenza di altri istituti specializzati, ha preferito ricalcare il modello ONU raggruppando in un solo articolo le prescrizioni di maggioranze qualificate, piuttosto che indicarle di volta in volta nelle parti in cui il testo disciplina singole materie.

Gli emendamenti al Trattato istitutivo entrano in vigore a seguito, oltre che dell'adozione da parte dei 2/3 dei Membri dell'Assemblea, dell'accettazione da parte dei 2/3 degli Stati Membri secondo le rispettive norme costituzionali interne. Di fatto, pochissimi sono stati finora gli emendamenti adottati. Ciò è in larga parte

⁵⁴ E. Greppi: OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità). *Novissimo Digesto Italiano*, Appendice, Volume V, Torino, 1987, p.455

dovuto all'adeguatezza delle norme statutarie fino dalle previsioni originarie, che non hanno reso necessari frequenti adattamenti per riallineare l'Organizzazione alle mutate esigenze del mondo contemporaneo e delle sfere di azioni specifiche.

Per quanto attiene all'interpretazione, i testi in lingua cinese, inglese, francese, russa, spagnola ed araba sono ugualmente autentici. Questioni e dispute sull'interpretazione o l'applicazione dell'atto costitutivo che non sono appianate da negoziato o dall'Assemblea, saranno sottoposte alla Corte Internazionale di Giustizia, a meno che le parti in causa non si accordino per un altro metodo di composizione della controversia.

L'Organizzazione può anche, a condizione che sia a ciò autorizzata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite, richiedere pareri alla Corte Internazionale di Giustizia. Si può concludere nel senso di un riconoscimento all'Assemblea della facoltà di esercitare funzioni "quasi-giudiziarie" e la prassi generale di comporre le controversie all'interno dell'ente prova che questo tipo di giustizia amministrativa tende ad essere prevalente. La Corte Internazionale di Giustizia viene quindi adita solo quando siano già stati esperiti, senza successo, tentativi di composizione all'interno dell'Organizzazione.

5.4 IL CONSIGLIO ESECUTIVO (EXECUTIVE BOARD)

Il Consiglio Esecutivo è l'organo cui è demandato il compito di applicare le deliberazioni dell'Assemblea e di dare concreta attuazione alle politiche decise dall'organo plenario.

Le sue funzioni sono indicate dettagliatamente nell'art.28 dell'atto costitutivo e sono le seguenti:

- porre in essere le decisioni e le politiche deliberate dall'Assemblea e agire come suo organo esecutivo
- fornire pareri, consigli e proposte
- redigere l'ordine del giorno dell'Assemblea
- sottoporre all'Assemblea il programma generale di lavoro per l'esame e l'approvazione
- predisporre studi

- adottare misure di emergenza, con particolare riferimento alle epidemie e al soccorso delle vittime di calamità.

Particolarmente significativa è l'ultima delle funzioni elencate, ossia il potere di intervento in caso di urgenza, che discende dalle caratteristiche stesse del Consiglio, organo di composizione ristretta, che si riunisce con maggior frequenza e, in situazioni di emergenza, di più celere convocazione. L'intervento è consentito al Consiglio entro i limiti delle funzioni e delle risorse finanziarie dell'Organizzazione.

Oltre alle funzioni espressamente indicate nell'art.28, il Consiglio Esecutivo esercita tutti i poteri che gli sono delegati dall'Assemblea.

Si può rilevare come, a differenza di quanto avviene in altri istituti specializzati, nei quali vengono assegnate al Consiglio funzioni più propriamente direttive, l'Ordinamento dell'OMS circoscrive più nettamente l'ambito di operatività di questo organo alla sfera meramente esecutiva. Fa eccezione un certo indipendente potere di azione in caso di epidemie e improvvise calamità.⁵⁵

Il Consiglio Esecutivo era composto in origine di 18 Membri. Il numero è stato poi portato a 24 ed è ora di 32 Membri. La ragione dell'ampliamento della composizione dell'organo risiede nella necessità di portarlo a rispecchiare più fedelmente la fisionomia assunta dall'Organizzazione a seguito del crescente numero di adesioni.

L'art.24 del Trattato istitutivo afferma che il Consiglio Esecutivo è composto di 32 persone "designate da altrettanti Stati Membri". E' poi l'Assemblea ad eleggere i Membri che avranno titolo a designare una persona a far parte del Consiglio. Lo Stato prescelto dovrà inviare al Consiglio una persona "tecnicamente qualificata" nel campo sanitario.

Seppur non appaia univocamente definibile in tal senso, sembra tuttavia che il Consiglio possa essere qualificato come organo di Stati.⁵⁶ Sono infatti gli Stati che "designano" i componenti l'organo e nel testo francese questi vengono chiaramente indicati come "delegati". Sul fatto che il Consiglio sia un organo di Stati sono concordi Monaco, Sereni e Bowett. Il Sereni rileva però come la disposizione dell'art.24 sia senz'altro "curiosa"⁵⁷, mentre il Bowett sottolinea che essa è motivata

⁵⁵ E. Greppi: OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità). Novissimo Digesto Italiano, Appendice, Volume V, Torino, 1987, p.451

⁵⁶ E. Greppi, OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità). Novissimo Digesto Italiano, Appendice, Volume V, Torino, 1987, p.451

⁵⁷ E. Greppi, OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità). Novissimo Digesto Italiano, Appendice, Volume V, Torino, 1987, p.451

dall'intenzione di evitare una pura rappresentanza degli interessi statuali.⁵⁸ Il Monaco rileva come “contrariamente a quanto accadeva nell'UNESCO, le persone delegate al Consiglio non vi sono designate a titolo personale ma esse, quantunque non rappresentino i governi, sono nominate o sostituite da questi ultimi”.⁵⁹

D'altra parte se gli estensori del Trattato istitutivo avessero voluto concepire il Consiglio come organo di individui, non avrebbero mancato di inserire un esplicito richiamo all'obbligo, per i componenti l'organo, di astenersi dal ricevere istruzioni dai propri rispettivi governi.

Nella scelta dei Membri del Consiglio Esecutivo l'Assemblea deve attenersi anche ad un criterio di equa distribuzione geografica. Analoga previsione è contenuta nell'art.23 della Carta delle Nazioni Unite per quanto riguarda i Membri elettivi del Consiglio di Sicurezza, nonché per gli organi di altre Organizzazioni a carattere universale.

I Membri del Consiglio hanno un mandato triennale rinnovabile. Il Consiglio si riunisce almeno due volte l'anno.

5.5 IL SEGRETARIATO (SECRETARIAT)

Il Segretariato è un organo amministrativo-burocratico. E' composto da un Direttore Generale e da personale tecnico ed amministrativo. Il Direttore Generale è nominato dall'Assemblea, su proposta del Consiglio. E' il più alto funzionario tecnico ed amministrativo dell'Organizzazione ed è posto sotto l'autorità del Consiglio.

Il Direttore Generale è *ex officio* segretario dell'Assemblea, del Consiglio e di tutte le Commissioni e i Comitati dell'Organizzazione, nonché delle Conferenze da esse convocate.

A norma dell'art.33 dell'atto costitutivo può a seguito di accordi appositamente stipulati, avere diretto accesso alle amministrazioni sanitarie nazionali; può inoltre intrattenere rapporti diretti con altre Organizzazioni Internazionali e deve informare gli Uffici regionali delle questioni che li riguardano.

Altre funzioni del Direttore Generale sono la preparazione del bilancio dell'Organizzazione da sottoporre al Consiglio, e la nomina del personale che

⁵⁸ D.W. Bowett, *The Law of International Institutions*, London, 1975, p.109

⁵⁹ R. Monaco, *Lezioni di Organizzazione Internazionale*, vol I, *Diritto delle istituzioni internazionali*, Torino, 1965, p. 215

presterà servizio a condizioni “il più possibile conformi” a quelle delle altre organizzazioni del sistema delle Nazioni Unite.

Come è consuetudine nelle Organizzazioni internazionali anche l’atto costitutivo dell’OMS (nell’art.35 e nell’art.37) contiene un esplicito richiamo al “carattere internazionalmente rappresentativo” del Segretariato che comporta per i funzionari di tutti i livelli, l’obbligo di non sollecitare né ricevere istruzioni da governi o autorità esterne all’Organizzazione. Tale obbligo è insito nella stessa qualificazione e nello status di funzionario internazionale, e trova riscontro nel parallelo impegno degli Stati Membri di rispettare il “carattere esclusivamente internazionale” del Direttore Generale e dei funzionari.

Gli artt. 67 e 68 del Trattato istitutivo dell’OMS, in tema di godimento di privilegi e di immunità, anticipano la sistemazione organica della “Convenzione sui privilegi e le immunità degli istituti specializzati” adottata dall’Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 25 novembre del 1947. Gli Stati Membri si obbligano ad accordare all’Organizzazione e ai suoi funzionari lo status particolare “necessario per l’esercizio indipendente dalle loro funzioni”. Per il preciso profilo contenutistico di questo status l’art.68 rimanda alla citata Convenzione.⁶⁰

5.6 IL DECENTRAMENTO REGIONALE

Il Trattato istitutivo dell’OMS dedica un intero capitolo, l’XI (composto di ben 11 articoli) ai “Regional Arrangements”. E’ una peculiarità dell’OMS l’aver assunto fin dalle origini una struttura ampiamente decentrata. Essa fa dell’OMS un’organizzazione impostata secondo criteri di estrema agilità operativa.⁶¹

Questo decentramento regionale si fonda sul presupposto che molti problemi non possono essere affrontati efficacemente su base universale, ma debbono essere studiati e risolti seguendo criteri di omogeneità geografica. Nel campo di azione dell’OMS è poi possibile riscontrare profonde differenze nelle caratteristiche socio-sanitarie delle varie aree del globo. Basti pensare alle diverse malattie, alle condizioni igieniche ed alimentari, ai fattori climatici e alla loro incidenza in campo sanitario.

⁶⁰ Basic Documents, Forty Second Edition, Geneva, 1999

⁶¹ E. Greppi, OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità). Novissimo Digesto Italiano, Appendice, Volume V, Torino, 1987, p.452-453

Sulla base di queste considerazioni l'OMS colloca la propria azione oltre che sul piano universale anche su quello della cooperazione regionale.

D'altra parte fin dalle origini l'OMS si è trovata a dover conto dell'esistenza di un'organizzazione regionale, il Pan-American Sanitary Bureau, ampiamente operativo sul continente Americano. Fu quindi più agevole estendere e sviluppare una forma decentrata ad altre aree geografiche.

É l'Assemblea che decide lo stabilimento di un'Organizzazione regionale in un'area determinata, previo consenso della maggioranza degli Stati Membri appartenenti all'area individuata.

La struttura organica delle Organizzazioni regionali prevede un Comitato regionale ed un Ufficio regionale. Il Comitato regionale è composto di rappresentanti degli Stati Membri e dei Membri associati appartenenti alla regione interessata. E' insomma una versione più circoscritta dell'Assemblea Mondiale della Sanità e le sue funzioni sono indicate nell'art.50 del Trattato istitutivo dell'OMS. Esse sono:

- formulare le politiche di carattere regionale
- sovrintendere alle attività dell'Ufficio regionale
- promuovere la convocazione di conferenze e stimolare l'attività in materia sanitaria
- cooperare con i comitati regionali delle Nazioni Unite e con istituti specializzati e organizzazioni internazionali regionali
- consigliare l'intervento dell'Organizzazione nelle questioni che oltrepassano l'ambito strettamente regionale
- richiedere più ampi stanziamenti finanziari se quelli previsti non sono ritenuti sufficienti
- esercitare tutte le funzioni delegate dall'Assemblea Mondiale, dal Consiglio o dal Direttore Generale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

L'art.47 del Trattato istitutivo consente a territori o gruppi di territori che non sono responsabili per la condotta delle proprie relazioni internazionali e che non sono Membri associati di essere rappresentati e di partecipare ai lavori dei Comitati regionali. E' conferito anche mandato all'Assemblea Mondiale (d'accordo con gli

Stati Membri appartenenti alla regione) di definire la natura e l'estensione di diritti ed obblighi di questi territori o gruppi di territori.⁶²

La II Assemblea Mondiale della Sanità con risoluzione WHA 2.103 del 30 maggio del 1949 ha ottemperato a quest'ultima disposizione, definendo i contorni della partecipazione dei "Membri associati e di altri territori". In particolare gli enti in questione hanno limitazioni in materia di diritto di voto. In loro vece, il loro diritto di voto è in capo allo Stato che ha la responsabilità delle loro relazioni internazionali, anche nel caso in cui tale Stato non appartenga alla regione.

Organo amministrativo dell'Organizzazione regionale è l'Ufficio regionale, posto sotto l'autorità del Direttore generale dell'OMS e incaricato della attuazione, in ambito locale, delle decisioni dell'Assemblea Mondiale della Sanità e del Consiglio. A dirigere l'Ufficio è un Direttore regionale, nominato dal Consiglio, d'accordo con il Comitato regionale.

A) Le organizzazioni regionali

Lo status delle organizzazioni regionali è stato oggetto di accesi dibattiti durante gli incontri del Comitato Tecnico di Preparazione. Mentre tutti concordavano sulla necessità di creare strutture regionali da affiancarsi alla struttura centrale dell'OMS, essendo la regionalizzazione delle attività sanitarie internazionali sempre essenziale, nessuna intesa fu raggiunta sul tipo di accordo da concludere con le organizzazioni sanitarie regionali già esistenti.

Su questo punto il Comitato propose due alternative prima della Conferenza Sanitaria Internazionale di New York. La prima di queste proposte raccomandava che "speciali accordi transitori dovessero essere stipulati dalla Conferenza con le agenzie sanitarie internazionali nelle aree in cui queste agenzie già esistono, in modo che, tenuto conto delle convenzioni esistenti, le relative strutture e servizi potessero essere utilizzati senza interruzione, allo scopo di trasformarle il più rapidamente possibile in uffici regionali dell'Organizzazione o in parte di questi uffici". La seconda proposta suggeriva semplicemente che "speciali accordi dovessero essere conclusi con agenzie

⁶² Basic Documents, Forty Second Edition, Geneva, 1999

sanitarie regionali intergovernative onde utilizzare al massimo le relative strutture e servizi come uffici regionali dell'Organizzazione".⁶³

Alla fine l'Assemblea adottò il compromesso che si ritrova nell'art.54 del Trattato istitutivo: "L'Organizzazione Sanitaria Panamericana rappresentata dall'Ufficio Sanitario Panamericano e dalla Conferenza Sanitaria Panamericana e tutte le altre organizzazioni sanitarie intergovernative regionali esistenti prima della firma del Trattato istitutivo, devono integrarsi con l'organizzazione a tempo debito. Questa integrazione deve essere effettuata prima possibile attraverso un'azione comune basata sul mutuo consenso delle autorità competenti espresso tramite le organizzazioni interessate".

In applicazione dell'art.44 del Trattato istitutivo "l'Assemblea della Sanità deve di volta in volta definire le aree regionali in cui è auspicabile stabilire un'organizzazione regionale". L'art.45 del Trattato istitutivo prescrive che ogni organizzazione regionale è parte integrante dell'Organizzazione. Ogni organizzazione regionale è composta da un comitato regionale, formato da rappresentanti degli Stati Membri nella regione e da un ufficio regionale. L'art.51 così recita: "L'ufficio regionale, sotto l'autorità del Direttore generale dell'Organizzazione deve essere l'organo amministrativo del comitato regionale. Esso deve inoltre attuare all'interno della regione le decisioni dell'Assemblea Mondiale della Sanità e del Consiglio Esecutivo". Alla direzione dell'ufficio è preposto un Direttore Regionale nominato dal Consiglio d'intesa con il comitato regionale.

Le funzioni dei comitati regionali sono essenzialmente di occuparsi di materie di carattere esclusivamente regionale, tenuto conto che "altre funzioni possono essere delegate ai comitati regionali dall'Assemblea Mondiale della Sanità, dal Consiglio Esecutivo o dal Direttore Generale" (art.50 lett. g). Nel corso degli anni un'ampia delega di autorità è stata conferita dal Direttore Generale agli uffici regionali, ossia ai Direttori Regionali.

Nell'OMS la decentralizzazione è considerata parte integrante del sistema dell'Organizzazione, condizione necessaria per la sua efficacia mondiale e principio apprezzabile di amministrazione sanitaria pubblica. La decentralizzazione all'interno

⁶³ Y. Beigbeder: International Organization and the Evolution of World Society, Volume 4, The World Health Organization, The Hague/London/Boston, 1998, pp.57-58

dell'OMS è diretta a sostenere il processo di decentramento dei servizi sanitari nazionali a vantaggio dei singoli e della comunità ai livelli intermedio e di distretto.

La decentralizzazione dovrebbe mettere gli Stati Membri in grado di identificarsi in maniera più stretta con l'Organizzazione, di adattare le politiche e le strategie concordate collettivamente alle condizioni specifiche regionali, nazionali e locali, e di mettere a disposizione dell'OMS informazioni di base che rafforzino le sue funzioni costituzionali. Viceversa essa dovrebbe mettere l'Organizzazione in grado di essere più vicina agli Stati Membri, di rendersi conto delle loro necessità e di meglio rispondere a queste necessità.

B) Il problema della definizione delle regioni

Una volta riconosciuta l'importanza del decentramento regionale doveva essere risolto il problema del numero di regioni da stabilire e di quali gruppi di Paesi ne dovessero fare parte. Fu proposto di prendere in considerazione i seguenti elementi: il livello della sanità nel Paese da inserire nella regione, l'esistenza in questi Paesi di focolai permanenti di epidemie, il tempo impiegato dai Paesi interessati per superare gli effetti della guerra sulla salute, l'efficienza delle amministrazioni sanitarie esistenti e la loro capacità di affrontare i problemi sanitari.

Infine la Prima Assemblea Mondiale della Sanità stabilì che un'organizzazione regionale avrebbe dovuto essere stabilita in un'area non appena la maggioranza dei Membri dell'area stessa avessero acconsentito. L'Assemblea, con la risoluzione WHA1.72, delineò le aree geografiche nel modo seguente:

- 1) AREA del MEDITERRANEO ORIENTALE: Egitto, Arabia Saudita, Iraq, Siria, Libano, Palestina, Transgiordania, Yemen, Iran, Turchia, Pakistan, Grecia, Etiopia, Eritrea, Tripolitania, Somalia Britannica, Somalia Francese, Aden, Cipro.
- 2) AREA del PACIFICO OCCIDENTALE: Australia, Cina, Indo-Cina, Indonesia, Giappone, Corea, Filippine, Nuova Zelanda e provvisoriamente la Penisola di Malé.
- 3) AREA DEL SUD - EST ASIATICO: Birmania, Siam, Ceylon, Afghanistan, India; l'inclusione della Penisola di Malé deve attendere la definitiva decisione di questa area sull'organizzazione regionale alla quale essa desiderava essere annessa.
- 4) AREA EUROPEA: Tutta l'Europa.

- 5) AREA AFRICANA: Venne suggerita una prima regione per tutta l'Africa del Sud dal 20° grado di latitudine nord al confine occidentale del Sudan Anglo-Egiziano, alla sua congiunzione con il confine settentrionale del Congo Belga, quindi verso est lungo i confini settentrionali dell'Uganda e del Kenya, quindi verso sud lungo i confini settentrionali di Uganda e Kenya e infine verso sud lungo i confini orientali del Kenya e dell'Oceano Indiano.
- 6) AREA AMERICANA: Comprende le Americhe.

In seguito a queste decisioni tutte le organizzazioni regionali vennero costituite tra il 1948 ed il 1951. L'Accordo tra l'OMS e l'Organizzazione Sanitaria Panamericana (ribattezzata nel 1958 Organizzazione Panamericana della Sanità - PAHO -) fu siglato nel 1949. La preesistenza di questa organizzazione ha avuto un ruolo determinante nella creazione delle organizzazioni regionali. A sua volta, la regionalizzazione dell'OMS, che era possibile ed anche auspicabile, divenne necessaria per facilitare l'integrazione della PAHO nell'OMS e per mantenere il carattere globale della nuova Organizzazione. Ciò contribuì indirettamente alla creazione di altre organizzazioni regionali in altre aree, nonostante alcune opposizioni dovute principalmente a considerazioni finanziarie. Il precedente della PAHO portò un altro gruppo di Stati, quelli della Lega Araba, a rivendicare il Consiglio Sanitario di Alessandria, considerato il nucleo della organizzazione sanitaria degli Stati Arabi, ai quali doveva essere riconosciuto lo stesso status della precedente Organizzazione.

Durante la Prima Assemblea alcuni Stati dell'area del Sud-est Asiatico sostennero l'urgente necessità di creare un'organizzazione nella loro regione, il che avvenne nello stesso anno (1948). n altro Stato, la Liberia, chiese la creazione di un'organizzazione regionale in Africa. Questa fu rinviata al 1951 dal momento che la maggior parte dei Paesi africani si trovavano sotto dominio coloniale ed erano restii ad assumere impegni finanziari.

Stesso scenario per l'area del Pacifico Occidentale: le Filippine e la Corea richiesero la creazione immediata di un'organizzazione regionale, mentre l'Australia e la Nuova Zelanda ritennero che le proprie necessità sanitarie non richiedessero una loro immediata adesione. Anche la Cina nutriva qualche dubbio sulla opportunità di una regionalizzazione immediata. La Terza Assemblea approvò la creazione di un'organizzazione per il Pacifico Occidentale nel 1950 e la Quarta Assemblea, nel

maggio del 1951, diede potere di riunire la prima sessione del comitato regionale. Nel settembre del 1951 l'ufficio regionale fu trasferito dalla sede provvisoria di Hong Kong a quella permanente di Manila.

Gli Stati Europei ritenevano che la creazione di un'organizzazione regionale permanente non fosse necessaria a causa della collocazione della direzione centrale dell'OMS in Europa: il modo migliore per rispondere alle loro necessità era di creare senza indugio un ufficio amministrativo incaricato della ristrutturazione sanitaria nei Paesi devastati dalla guerra. Questo ufficio venne creato presso la direzione centrale a Ginevra nel gennaio 1949, mentre l'organizzazione regionale per l'Europa fu creata soltanto nel 1951.

La regione del Mediterraneo Orientale fu costituita nel 1949, in seguito alla integrazione dell'Ufficio di Alessandria all'interno dell'OMS ai sensi dell'art.54 del Trattato istitutivo, su richiesta degli stati della regione. L'Accordo fu concluso con l'Egitto. Secondo i termini dell'Accordo l'Egitto trasferì all'OMS gli archivi e le funzioni dell'Ufficio di Alessandria, e l'OMS accettò di farsi carico del finanziamento dello stesso.

A seguito di questo Accordo il precedente Ufficio Sanitario di Alessandria scomparve. Per contro, l'Accordo tra l'OMS e la PAHO non si risolse nello scioglimento di quest'ultima e neppure nel suo totale assorbimento da parte dell'organo centrale. La PAHO continuò ad esistere come tale, anche esercitando le funzioni di un'organizzazione regionale dell'OMS. Il direttore regionale dell'OMS era nel contempo anche Direttore della PAHO. La PAHO manteneva l'autonomia finanziaria e il diritto di "adottare e promuovere convenzioni sanitarie ed igieniche e programmi nell'emisfero occidentale, sempre che queste convenzioni e programmi fossero compatibili con la politica e i programmi dell'OMS e fossero separatamente finanziati" (art.3 dell'Accordo). L'integrazione risultò così limitata da perdere gran parte del suo significato. In ogni caso, nei primi dieci anni, anche questa minima integrazione creò problemi. L'intervento del Consiglio Esecutivo sulla nomina del direttore regionale era puramente formale poiché quest'ultimo considerava l'ufficio regionale come un'entità autonoma, in una libera confederazione con l'OMS. Non c'erano relazioni formali tra il direttore regionale e il Direttore Generale, dal momento che il primo si considerava responsabile verso la PAHO piuttosto che verso l'OMS.

Durante questi anni la PAHO stessa portò avanti un'estesa decentralizzazione creando sei uffici settoriali cui vennero affidate importanti responsabilità nella gestione dei fondi e nelle relazioni con gli Stati.

Questo comportamento comunque non venne apprezzato dai funzionari più anziani della direzione centrale, i quali temevano che questa eccessiva indipendenza potesse compromettere il delicato equilibrio tra le attività delle organizzazioni regionali e l'obiettivo globale dell'OMS.

La composizione delle regioni dell'OMS è variata negli anni essenzialmente per ragioni politiche, ma anche per ragioni geografiche e culturali: la decisione di annettere questa o quella regione viene presa dall'Assemblea su richiesta del Paese che desidera diventare parte di una regione particolare, o cambiare regione.

Per esempio, la Grecia, prima inclusa nella regione del Mediterraneo Orientale, nel 1949 su sua richiesta entrò a fare parte della regione Europea. Il Marocco, inizialmente membro della regione Europea, entrò a far parte della regione del Mediterraneo Orientale nel 1986.

Il principale problema politico fu quello dell'assegnazione di Israele alla regione del Mediterraneo Orientale nel 1949. Dal 1951 i Paesi Arabi di quella regione rifiutarono di partecipare, a livello regionale, agli incontri ai quali partecipava Israele. Il comitato regionale non fu di conseguenza in grado di riunirsi nel 1951. Nel 1953 l'Assemblea ritenne che un'organizzazione tecnica come l'OMS non avrebbe dovuto essere chiamata a giudicare o decidere questioni di carattere politico. Essa auspicò che il comitato regionale ottemperasse provvisoriamente ai suoi doveri attraverso la divisione in due sottocomitati, una volontà che fu soltanto in parte realizzata. Nel 1985 la richiesta di Israele di annessione alla regione Europea fu approvata dall'Assemblea.

C) Verso un maggiore decentramento

Non appena create, le organizzazioni regionali furono investite di importanti responsabilità nella pianificazione delle attività dell'Organizzazione. Fin dall'inizio le funzioni furono suddivise tra la direzione generale e le organizzazioni regionali. Come previsto nel Primo Programma Generale di Lavoro le responsabilità delle organizzazioni regionali comprendevano l'accertamento delle necessità nazionali e la ricezione delle richieste dei governi. Il progressivo trasferimento agli uffici regionali

delle responsabilità nella pianificazione dei programmi dell'Organizzazione implica necessariamente il trasferimento a quegli uffici di un certo grado di responsabilità nel decidere le relative priorità tra i progetti destinati alle loro regioni.

“Il lavoro dell'Organizzazione nel fornire assistenza ai governi dovrebbe essere basato sul principio di un efficace decentramento. E' chiaro che questo decentramento sarà effettuato attraverso la macchina regionale prevista nell'atto costitutivo. Una delle ragioni principali della creazione della struttura regionale risiede nel fatto che molti dei servizi forniti devono essere pianificati sul posto alla luce delle necessità e condizioni locali e devono raggiungere la popolazione del Paese interessato attraverso un'agenzia che sia loro vicina”.

La Commissione ad Interim e la Prima Assemblea hanno assegnato la massima priorità alle attività dell'Organizzazione che si occupano della malaria, tubercolosi, malattie veneree, nutrizione, igiene ambientale e salute materna ed infantile.

Ciò nonostante le organizzazioni regionali si concentrarono sui problemi specifici dei loro Membri. Nel primo Programma Generale di Lavoro, il Consiglio Esecutivo affermò: “Nella fase iniziale del suo sviluppo l'OMS, a quel tempo altamente centralizzata, basava il suo programma su alcune priorità mondiali. Nella fase attuale, di rapida e progressiva regionalizzazione, i programmi sono basati sulle necessità dei singoli Paesi a livello regionale. A prima vista potrebbe sembrare che è avvenuto un mutamento negli orientamenti della politica generale dell'Organizzazione, ma in realtà i progetti inclusi nei programmi stabiliti dagli uffici regionali riguardano soprattutto attività che l'Organizzazione aveva già identificato quali priorità”.

Nel 1954 il Consiglio Esecutivo dovette riconoscere che le richieste dei governi tendevano a trasferire queste priorità verso l'assistenza all'interno di un insieme di attività dirette alla generale promozione della salute. Si poté quindi affermare che il programma poneva l'accento sul rafforzamento dei servizi sanitari nazionali e locali.

Un documento del 1971 del quinto Programma Generale di Lavoro dell'OMS, così recita: “I vari problemi sono raggruppati in categorie a seconda dell'importanza: malaria, salute materna ed infantile, tubercolosi, malattie veneree, nutrizione, e igiene ambientale vennero considerate prioritarie. Il sistema per stabilire le priorità si rilevò presto inadeguato alle diverse necessità sanitarie dei Paesi del mondo, e venne al momento opportuno sostituito da un più flessibile meccanismo che rispondeva alle richieste di aiuto degli Stati Membri prendendo in considerazione la fase dello

sviluppo e i problemi specifici di ciascun Paese. Questo processo fu agevolato dall'organizzazione regionale dell'OMS, il che ha permesso una migliore valutazione delle caratteristiche delle situazioni locali, aumentando di conseguenza il processo di definizione delle priorità nazionali e regionali nel contesto delle politiche globali".

L'effetto di questo "sistema" fu l'ideazione e realizzazione di un gran numero di progetti sui quali gli organi centrali dell'OMS non sembravano utilizzare pienamente i poteri di direzione e di coordinamento, una delle loro maggiori funzioni (Art.2 dell'atto costitutivo). Questa asserzione è confermata da molte fonti. Una di queste si ritrova in un documento non pubblicato del 1952 sugli "Effetti della regionalizzazione sul programma dell'OMS", il quale definisce i progetti iniziati a livello regionale quali "progetti speciali con effetto solo temporaneo dal momento che spesso superano le risorse dei Paesi". L'accento posto su questi progetti al fine di soddisfare le necessità immediate dei singoli Paesi ha, sempre secondo lo stesso documento, "oscurato il programma totale dell'Organizzazione in modo tale che le funzioni di leadership e i doveri dell'Organizzazione hanno ricevuto soltanto scarsissima considerazione e azione."

Uno studio del Consiglio Esecutivo pubblicato nel 1975 che tratta dei primi anni dell'Organizzazione, fornisce una descrizione delle relazioni tra la direzione centrale e le organizzazioni regionali: "La regionalizzazione derivava, attraverso una progressiva separazione di molte unità tecniche presso la direzione generale, dal pratico coinvolgimento nella pianificazione, nel funzionamento o nella valutazione dei progetti regionali e nazionali nell'ambito della loro competenza. Questa separazione ha prodotto effetti anche a livello nazionale e regionale. Sebbene l'unità dell'Organizzazione riconosciuta dal Trattato istitutivo non fu mai in discussione, l'indipendenza tecnica crescente delle varie unità operative, comunque positiva sotto ogni aspetto, comportò una larga divergenza tra i progressi tecnici sviluppati presso la direzione generale e la loro pratica applicazione sul campo. Con alcune eccezioni, la programmazione nelle sedi centrali e nelle regioni portò a processi in gran parte indipendenti. Due importanti eccezioni a questo corso di eventi sono costituite dall'eradicazione della malaria e del vaiolo che essendo programmi di portata globale stabiliti dall'Assemblea Mondiale della Sanità sono stati attuati sulla base di forti direttive politiche e tecniche provenienti dalle sedi".

Il segretariato dovette quindi affrontare programmi “cristallizzati” e le esigenze degli Stati Membri richiedenti, i quali a livello regionale richiedevano assistenza per quelle che essi ritenevano essere necessità principali, impedendo così all’Organizzazione di svolgere il suo compito statutario di direzione e coordinamento.

Nonostante queste critiche e riserve iniziali il decentramento progrediva. All’inizio degli anni ‘70 fu intrapresa un’analisi accurata della delega di potere, che portò ad un trasferimento del potere finanziario agli uffici regionali, all’interno degli stanziamenti di bilancio regionale ordinario, soggetti soltanto ad alcuni standard di controllo ed amministrativi contenuti nelle Norme Finanziarie dell’OMS e nei Regolamenti, applicabili all’intera Organizzazione.

La Risoluzione dell’Assemblea n. 29.48 del 1976 sollecitava il Direttore Generale a rifinalizzare il funzionamento dell’Organizzazione per garantire che gli stanziamenti del bilancio ordinario raggiungessero il livello di almeno il 60% in termini reali per la cooperazione tecnica e le forniture di servizi entro il 1980: i fondi centrali vennero quindi trasferiti dalla sede centrale agli uffici regionali. Nel 1980, secondo la risoluzione n.33.17 dell’Assemblea, la responsabilità primaria per la cooperazione tecnica e l’aiuto ai Paesi fu affidata agli uffici regionali, mentre la sede centrale dava copertura alle regioni e svolgeva azione di coordinamento globale, sviluppo delle politiche sanitarie, ricerca biomedica e approntamento di standard e funzioni normative.

Allo stato attuale gli uffici regionali sono diventati autonomi in gran parte delle aree programmatiche ed amministrative. Essi hanno pieni poteri e responsabilità nella pianificazione e nell’uso degli stanziamenti regionali coperti dal bilancio ordinario dell’Organizzazione, compresa la nomina ed il controllo di addetti alla pianificazione nazionale. Essi hanno altresì il potere di spendere i fondi straordinari di bilancio per attività pianificate, sotto certe condizioni. Il Direttore Generale comunque stabilisce i finanziamenti regionali ed emette direttive generali per il programma di finanziamento. Gli uffici regionali hanno inoltre una larga autonomia nell’area del personale amministrativo: essi sono pienamente responsabili della selezione, reclutamento e gestione di tutto lo staff regionale fino al livello P.5 incluso e sono autorizzati ad acquistare rifornimenti ed equipaggiamento fino a 20.000\$.⁶⁴

⁶⁴ Y. Beigbeder: *International Organization and the Evolution of World Society*, Volume IV, The World Health Organization, The Hague/London/Boston, 1998, pp.59-64

D) Regionalizzazione delle attività dell'OMS

Al fine di meglio valutare le priorità regionali in materia sanitaria e di avvicinarsi maggiormente alle necessità sanitarie delle singole nazioni, le attività dell'OMS sono regionalizzate. Tutti i programmi e tutte le attività dell'OMS sono poste in essere dalla sede dell'Organizzazione stessa a Ginevra e dai suoi sei Consigli Regionali.⁶⁵

i) Ufficio regionale per l'Africa (AFRO), Brazzaville, Congo.

La regione Africana dell'OMS comprende 46 Stati Membri e copre una popolazione totale superiore a 585 milioni di abitanti: Africa del Sud, Algeria, Angola, Benin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroon, Capo Verde, Comore, Congo, Costa d'Avorio, Eritrea, Etiopia, Gabon, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea Bissau, Guinea Equatoriale, Kenya, Lesotho, Liberia, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritania, Mauritius, Mozambico, Namibia, Nigeria, Repubblica Centrafricana, Repubblica democratica del Congo, Repubblica Unita di Tanzania, Ruanda, Sao Tomé e Principe, Senegal, Seicelles, Sierra Leone, Swaziland, Tchad, Togo, Uganda, Zambia e Zimbabwe.

In questa Regione, l'OMS ha posto particolare attenzione al monitoraggio epidemiologico e alla lotta contro le malattie, soprattutto le malattie emergenti e riemergenti. L'AFRO ha lanciato un attacco frontale al paludismo – malattia che fa il più alto numero di vittime nei Paesi della Regione – con nuove strategie per combattere la tubercolosi, l'AIDS, le malattie sessualmente trasmissibili e la lebbra. Ha elaborato strategie regionali per gli interventi di soccorso d'urgenza e l'azione umanitaria, la salute nel campo della riproduzione, l'informazione, l'educazione e i mezzi di comunicazione per promuovere la salute comunitaria unitamente ad un piano di intervento per l'eliminazione delle mutilazioni sessuali femminili.

Nel 1996 l'AFRO ha messo a punto un programma con i suoi partner per farsi carico totale delle malattie infantili, strategia vincente per migliorare la sopravvivenza e la salute infantile nella Regione. In pratica tutti i Paesi della Regione hanno elaborato piani di lotta contro le malattie diarroiche e oltre la metà di essi ha adottato piani di lotta contro le infezioni respiratorie acute. Il successo di tutti questi piani e relativa strategia permetterà ai Paesi della Regione di affrontare rapidamente i problemi sanitari attuali e futuri.

⁶⁵ <http://www.who.ch/>

Aspetto prioritario per l'AFRO è fornire sostegno tecnico e finanziario ai Paesi della Regione al fine di aiutarli ad attuare le riforme sanitarie. Fino ad oggi la maggior parte di essi ha rivisto le proprie politiche sanitarie nazionali mentre altri elaborano nuovi piani di sviluppo sanitario.

Considerevoli progressi sono stati fatti nella lotta contro l'oncocercosi – seconda causa di cecità nel mondo – endemica in 34 Paesi africani. Nel 1974 è stato lanciato in Africa occidentale il Programma di Lotta contro l'Oncocercosi (OCP). Esso è copatrocinato dall'OMS, dalla Banca Mondiale, dal Programma delle Nazioni Unite per lo Sviluppo, e dall'Organizzazione delle Nazioni Unite per l'Alimentazione e l'Agricoltura (FAO): l'OMS è l'istituzione incaricata dell'attuazione di questo programma, che originariamente contava sette Paesi e che è stato poi esteso a molti altri Paesi. Al momento della sua creazione oltre un milione di persone soffrivano in Africa occidentale di oncocercosi, delle quali 100000 presentavano problemi oculari gravi ivi compresi 35000 ciechi. Oggi quasi 1,5 milioni di persone che avevano sofferto di tale malattia sono guariti. Quasi 10 milioni di bambini nati nella zona operativa coperta dalle attività dell'OCP non rischiano più di contrarre la malattia. Il successo delle attività di lotta antivettoriale ha permesso di liberare circa 25 milioni di ettari di terre alluvionali fertili che potranno essere ripopolate e coltivate, terre abbandonate per timore della malattia e che potrebbero dare sostentamento ad altre 17 milioni di persone all'anno.

Le iniziative dell'AFRO hanno avuto un impatto non trascurabile su diversi problemi sanitari nella Regione. L'incidenza della dracunculosi è stata ridotta del 96% dal 1988 al 1996. Il programma di vaccinazioni (PEV) ha ottenuto importanti successi. Gli sforzi di sensibilizzazione del Consiglio regionale hanno garantito sostegno al massimo livello politico per attivare iniziative regionali dirette all'eradicazione della poliomielite. Quasi il 50% dei bambini al di sotto dei cinque anni ricevono oggi due dosi di vaccino antipoliomielitico orale nel corso delle giornate nazionali di vaccinazione.

I grandi problemi sanitari ancora da affrontare nella regione africana sono molti. I vecchi flagelli come la tubercolosi e il paludismo che si credevano ormai sconfitti sono ricomparsi mentre nuove malattie mortali come la febbre da virus Ebola o l'infezione HIV/AIDS continuano a colpire la Regione.

L'OMS impiega circa 600 persone nella Regione, presso l'Ufficio regionale stesso e nei 46 uffici dislocati nei vari Paesi. Per l'esercizio 1998-1999 i crediti del bilancio ordinario destinato alle attività dell'OMS nella Regione ammontano a \$ USA 157.413.000.

ii) Ufficio regionale per le Americhe (AMRO), Washington, Stati Uniti d'America

Rappresenta l'Organizzazione Panamericana della Sanità che ha funzione di Ufficio regionale dell'OMS per le Americhe. La Regione conta 35 Stati Membri: Antigua e Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbuda, Belize, Bolivia, Brasile, Canada, Cile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Equatore, El Salvador, Granada, Guatemala, Guaiana, Haiti, Honduras, Jamaica, Messico, Nicaragua, Panama, Paraguay, Perù, Repubblica Dominicana, San-Kitts e Nevis, Santa Lucia, San Vincenzo e Grenadine, Stati Uniti d'America, Suriname, Trinidad e Tobago, Uruguay e Venezuela. In questa regione vi è anche un Membro associato dell'OMS: Porto Rico. Le attività dell'AMRO coprono inoltre un certo numero di territori dipendenti da altri Stati Membri: le Antille Francesi (Guadalupa, Martinica, San-Barthelemy e metà di San Martino), la Guaiana francese, le Isole Vergini britanniche e le Antille britanniche (Anguilla e Montserrat) e le Antille olandesi.

La popolazione totale stimata della Regione è di circa 775 milioni di abitanti.

L'AMRO considera le cure sanitarie primarie come strategia per offrire servizi sanitari alle genti nella comunità di appartenenza e per accrescerne l'efficienza pur utilizzando risorse limitate. L'azione del Consiglio regionale identifica i gruppi più vulnerabili, le madri e i bambini, i lavoratori, i poveri, gli anziani, i rifugiati e gli emarginati. Importanza particolare viene data all'eguaglianza fra i sessi, alla salute delle donne e ad una loro migliore integrazione nella società, tenuto conto del loro ruolo sia quali beneficiarie sia quali dispensatrici delle cure sanitarie.

La poliomielite è la seconda malattia dopo il vaiolo ad essere stata eradicata nella Regione. L'ultimo caso di poliomielite nelle Americhe è stato segnalato nel 1991 in Perù. Nel 1994 una commissione internazionale ha dichiarato la regione delle Americhe ufficialmente liberata dalla poliomielite. Nel 1990 l'OMS ha inoltre intrapreso nelle Americhe un'azione per eliminare la rosolia. Essa aiuta i Paesi a mobilitare le risorse necessarie per una campagna di vaccinazione contro tutte le malattie evitabili mediante vaccinazione.

L'AMRO sostiene gli sforzi nazionali di lotta all'AIDS e al paludismo, la malattie di Chagas, la rabbia urbana e la lebbra. Il Consiglio regionale si dedica ai problemi molto gravi di malnutrizione e collabora con i Paesi per eliminare le carenze di iodio e di vitamina A. L'AMRO organizza anche gli interventi d'urgenza e i soccorsi in casi di calamità.

Sforzi particolari sono tesi alla riduzione della morbilità e della mortalità dovute alle malattie diarroiche, come il colera, e alle infezioni respiratorie acute. Ogni anno vengono così salvate centinaia di migliaia vite di bambini.

L'OMS privilegia nella Regione la promozione della salute al fine di aiutare i Paesi ad affrontare i problemi sanitari che accompagnano la modifica degli stili di vita come le malattie cardiovascolari, il cancro, gli incidenti, il tabagismo, l'alcolismo e la tossicodipendenza. La salute mentale riveste un'importanza crescente.

L'AMRO forma operatori sanitari a tutti i livelli assegnando borse di studio e organizzando corsi e seminari che rafforzino i centri nazionali di formazione. E' sempre l'Ufficio regionale che ha aperto la strada all'utilizzo delle nuove tecnologie della comunicazione per informare, promuovere la salute e l'istruzione, collaborando con giornalisti di numerosi Paesi. L'Ufficio regionale diffonde informazioni scientifiche e tecniche mediante uno specifico programma di pubblicazioni e una vasta rete di biblioteche universitarie, di centri di documentazione e di biblioteche locali per le cure sanitarie.

Nell'insieme l'Ufficio regionale dell'OMS per le Americhe e la PAHO (Pan-American Health Organization) impiegano complessivamente 930 persone, (di cui 230 occupano posti finanziati tramite il bilancio ordinario dell'OMS) compresi specialisti scientifici e tecnici con incarichi a Washington, nei 27 uffici regionali e nei 9 centri scientifici che aiutano i Paesi delle Americhe ad affrontare i problemi prioritari di sanità. L'intervento internazionale di sanità pubblica nella regione è finanziato da due bilanci ordinari cumulati, quello dell'OMS e quello della PAHO che ammontavano nel corso dell'esercizio 1998-1999 rispettivamente a \$ USA 82.686.000 e \$ USA 168.371.600.

iii) Ufficio regionale per il Mediterraneo Orientale (EMRO), Alessandria, Egitto

Questa regione dell'OMS comprende 22 Stati Membri: Afghanistan, Arabia Saudita, Bahrain, Cipro, Egitto, Emirati Arabi uniti, Gibuti, Giordania, Iran, Irak, Libia, Kuwait, Libano, Marocco, Oman, Pakistan, Qatar, Repubblica araba siriana, Somalia,

Sudan, Tunisia, Yemen. La Palestina partecipa ai lavori del Comitato regionale del Mediterraneo orientale.

La popolazione totale della Regione si aggira sui 454 milioni di abitanti.

Nel corso degli ultimi 10 anni l'EMRO ha portato avanti numerose iniziative, coronate di successo, miranti a promuovere lo sviluppo sanitario nei Paesi della Regione. Tra esse "L'Iniziativa per la copertura dei bisogni fondamentali in materia di sviluppo" ha come scopo di permettere alle comunità di regioni isolate o sfavorite di identificare i propri bisogni di sviluppo e di porre in opera la loro realizzazione. Sperimentata originariamente in Somalia, il Paese meno avanzato della Regione, questa iniziativa si è rivelata abbastanza flessibile ed efficace ed è quindi stata allargata ad oltre la metà degli Stati della Regione. In Pakistan il Ministero federale della Sanità ha incluso la nozione di bisogni fondamentali di sviluppo nella propria strategia per la lotta contro la povertà. Per il quinquennio 1998-2003 il Governo ha stanziato 425 milioni di dollari per l'attuazione di tale strategia.

Gli sforzi di eradicazione della poliomielite sono a buon punto nei Paesi della Regione. Grazie all'Ufficio regionale, le parti in conflitto in Afghanistan hanno accettato due volte il "cessate il fuoco" per permettere di vaccinare oltre 2.2 milioni di bambini e quasi un milione di madri contro le malattie che la vaccinazione può prevenire. Questi "cessate il fuoco" hanno altresì permesso di attuare un certo numero di servizi sanitari.

Al fine di meglio venire incontro alle necessità sanitarie e di migliorare la pianificazione e la programmazione dell'assistenza sanitaria, l'OMS passa regolarmente in rassegna la sua cooperazione con i Paesi della Regione nel quadro di un programma congiunto di compiti di verifica.

L'EMRO si attiva anche per superare la grave carenza di materiale medico, sanitario e educativo mediante un programma in lingua araba. Un nuovo dizionario medico unificato inglese - arabo è stato recentemente pubblicato ed è disponibile anche su cd-rom.

L'OMS impiega circa 270 persone nella Regione, in parte nel Consiglio regionale di Alessandria, in parte nei sedici uffici dei vari Paesi. Per l'esercizio 1998-1999 il bilancio ordinario stanziato per le attività dell'OMS nella Regione ammonta a \$ USA 90 249 000.

iv) Ufficio regionale per l'Europa (EURO), Copenaghen, Danimarca

La Regione europea dell'OMS comprende 51 Stati Membri: Albania, Andorra, Armenia, Austria, Azerbaïdjan, Bielorussia, Belgio, Bosnia-Erzegovina, Bulgaria, Croazia, Danimarca, Estonia, Ex repubblica jugoslava di Macedonia, Federazione Russa, Finlandia, Francia, Georgia, Germania, Grecia, Irlanda, Islanda, Israele, Italia, Kazakistan, Kirghizistan, Lettonia, Lituania, Lussemburgo, Malta, Monaco, Norvegia, Ouzbekistan, Paesi Bassi, Polonia, Repubblica di Moldavia, Repubblica Ceca, Romania, Regno Unito di Gran Bretagna e dell'Irlanda del Nord, San Marino, Slovacchia, Slovenia, Spagna, Svezia, Svizzera, Tadjikistan, Turkmenistan, Turchia, Ucraina, Ungheria e Jugoslavia.

L'insieme della popolazione di questi Paesi supera gli 860 milioni di persone.

Le attività dell'OMS nella regione si prefiggono di dare assistenza agli Stati Membri affinché essi raggiungano i 38 obiettivi della politica europea della Salute per Tutti. Questi obiettivi si basano su dati e su 200 indicatori di progresso e rappresentano un forte strumento al servizio sanitario pubblico di tutta l'Europa. Ad oggi quasi la metà dei Paesi hanno adottato o stanno per adottare politiche ed obiettivi nazionali in materia di "Salute per Tutti".

Nel 1990 l'EURO ha dovuto rivedere i propri lavori per affrontare concretamente i cambiamenti sociali politici ed economici delle passate economie socialiste dell'Europa centrale ed orientale. E' stato lanciato il nuovo programma Eurosalute all'interno del quale il 65% delle risorse umane e finanziarie dell'Euro sono destinate a sostenere gli Stati Membri dell'OMS nelle sei aree di intervento prioritario: politica sanitaria, riforme dell'assistenza sanitaria, salute delle donne e dei bambini, lotta alle malattie trasmissibili, lotta alle malattie non trasmissibili e promozione di una salute migliore, ambiente e sanità.

Le importanti realizzazioni dell'OMS in Europa dal 1988 ad oggi comprendono:

- I progressi realizzati per eradicare la poliomielite entro l'anno 2000: nel 1997 ne sono stati segnalati soltanto 7 casi, rispetto ad una media superiore ai 200 casi all'anno nel corso degli ultimi anni. La chiave del successo è stata un'iniziativa comune con l'EMRO. Tra il 1995 e il 1997 sono stati vaccinati contro la poliomielite 65 milioni di bambini di 18 Paesi diversi.
- Il coordinamento dell'assistenza internazionale nella lotta contro le epidemie: sono stati prevenuti circa 500000 casi di difterite e 30000 vite umane hanno

potuto essere salvate nelle nuove democrazie della vecchia Unione Sovietica dal 1994 allorché si era manifestata un'epidemia di difterite.

- Il coordinamento dell'assistenza umanitaria in Bosnia-Erzegovina, in Croazia e nella Repubblica Federale della Jugoslavia ha contribuito ad elargire i servizi sanitari pubblici nelle situazioni più difficili.
- Elaborazione di approcci concreti per la prevenzione delle malattie: grazie a progetti pilota quali ad esempio il progetto d'intervento cardio-vascolare in Carelia del Nord che ha portato ad una riduzione del 57% dei decessi per malattie cardio-vascolari tra gli uomini di questa regione tra il 1969 e il 1992. L'EURO fornisce ai responsabili politici i fondamenti scientifici necessari alla loro opera.
- L'iniziativa europea sul tabacco e salute lanciata dall'OMS è un elemento essenziale per sostenere la nuova interdizione dell'Unione Europea sulla pubblicità e la promozione di prodotti a favore del tabacco.
- Le iniziative intraprese dall'EURO nel campo dell'igiene ambientale hanno spinto il 70% degli Stati Membri a elaborare piani di intervento nazionali a favore dell'ambiente e della salute. Le linee direttrici dell'EURO sulla qualità dell'aria sono divenute una norma di valore mondiale.
- La cooperazione dell'EURO con l'Associazione Diabetica Internazionale d'Europa ha permesso di abbassare il numero delle ospedalizzazioni e delle complicazioni e di dominare meglio la malattia che colpisce milioni di pazienti in tutta Europa.
- Nuovi approcci verso la promozione della salute hanno portato alla creazione di reti città-salute (800 nel mondo), scuole-salute (38 Paesi d'Europa ne contano più di 500), ospedali-salute e la salute in prigione (16 Paesi).

Anche se vi sono grandi differenze in materia di salute nella Regione e fra le classi sociali all'interno di ciascun Paese, i Paesi della Regione Europea dell'OMS nel loro insieme hanno allungato l'aspettativa di vita media di oltre due anni tra il 1970 e il 1995. La media nel 1995 era di 72,63 anni. La mortalità infantile è stata portata da 21 su 1000 nati vivi nel 1980 a 14 su 1000 nel 1995.

L'OMS impiega circa 160 persone nell'Ufficio regionale d'Europa, a Copenaghen e nei 42 uffici dei singoli Paesi. Per l'esercizio 1998-1999 i crediti del bilancio ordinario destinati alle attività dell'OMS nella Regione ammontano a \$ USA 49.823.000.

v) Ufficio regionale per il Sud Est Asiatico (SEARO), Nuova Delhi, India

La Regione comprende 10 Paesi: Bangladesh, Bhutan, India, Indonesia, Maldive, Myannar, Nepal, Repubblica popolare democratica di Corea e Tailandia. Di questi Paesi in via di sviluppo, 5 figurano tra quelli meno avanzati. I Paesi di questa regione contano oltre 1,4 milioni di persone, cioè quasi un quarto della popolazione mondiale.

Nello spirito di cooperazione tra i vari Paesi e di solidarietà regionale l'OMS e i 10 Stati Membri operano insieme per raggiungere l'obiettivo di una sanità migliore per tutti gli individui della Regione. Nel corso degli ultimi dieci anni questa partnership ha permesso di aumentare l'aspettativa di vita, di abbassare sensibilmente il tasso di mortalità infantile, di diradare il numero e la diffusione delle epidemie di colera e di peste, di ridurre considerevolmente i decessi a causa di malattie diarroiche nella maggior parte dei Paesi, di arrivare ad una copertura di vaccinazioni oltre l'80% per combattere la dracunculosi, di affrontare meglio la lebbra, ponendosi come fine il suo debellamento e di fare progressi considerevoli in vista di eradicare la poliomielite entro il nuovo millennio.

I Paesi della Regione devono affrontare numerose e grandi sfide in materia sanitaria tra le quali il paludismo, comprese le sue forme resistenti ai farmaci che minacciano oltre 1,180 miliardi di persone, l'epidemia dell'HIV/AIDS, la quale con oltre 2,6 milioni di casi rimane uno dei principali problemi di sanità pubblica, la tubercolosi, che conta nella regione il 40% di tutti i casi di tubercolosi segnalati nel mondo e si stima che questa cifra sia destinata ad aumentare a causa dell'HIV/AIDS. Per altro, il degrado dell'ambiente e le trasformazioni del modo di vivere sono diventate realtà prioritarie che esigeranno un'attenzione particolare nel corso dello sviluppo sanitario futuro della regione.

La salute della donna pone un problema particolare. Sono soprattutto le donne che vengono colpite dalla malattia e dalla malnutrizione, che sono anemiche e che vanno incontro ad elevati tassi di mortalità materna. Le attività regionali in ambito femminile, della salute e dello sviluppo si ispirano ad un approccio interprogrammatico, pluridisciplinare e intersettoriale.

L'Ufficio regionale occupa circa 350 persone nella Sede di Nuova Delhi, nei 10 uffici dei singoli Paesi e nei progetti approvati. Per l'esercizio 1998-1999 i crediti del

bilancio ordinario destinati alle attività dell'OMS nella Regione ammontano a \$ USA 96.273.500.

vi) Ufficio regionale per il Pacifico Occidentale (WPRO), Manila, Filippine

La Regione dell'OMS per il Pacifico Occidentale comprende 27 Stati Membri: Australia, Brunei, Darussalam, Cambogia, Cina, Fidji, Filippine, Giappone, Isole Cook, Isole Marshall, Isole Salomone, Kiribati, Malesia, Micronesia, Mongolia, Nauru, Nioué Nuova Zelanda, Palau, Papuasias-Nuova-Guinea, Repubblica di Corea, Repubblica Democratica Popolare Iao, Samoa, Singapore, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, Vietnam. Vi è anche un Membro associato dell'OMS: Tokelaou. Le attività del WPRO coprono inoltre 9 territori e zone che non sono responsabili della condotta delle proprie relazioni: Samoa Americana, Polinesia Francese, Guam, Hong Kong (regione amministrativa speciale di Cina) Macao, Isole Marianne (settentrionali), Nuova Caledonia, Isole Pitcairn, e Wallis e Futuna. Hong Kong e Macao partecipano ai lavori del Comitato regionale.

La popolazione totale dei Paesi e dei territori della Regione del Pacifico occidentale è di circa 1,6 miliardi di abitanti.

Tra le priorità dell'OMS nella Regione figurano: la valorizzazione delle risorse umane finalizzate alla salute, l'eradicazione e il debellamento della poliomielite e della lebbra e la lotta alla tubercolosi e al paludismo, la promozione sanitaria, la lotta alle malattie emergenti, la promozione dell'igiene ambientale, lo scambio di informazioni e di dati, il rafforzamento della gestione.

In questi ultimi dieci anni sono stati ottenuti notevoli progressi nel perseguimento dello sviluppo sanitario della Regione:

- Grazie ai programmi di vaccinazione, comprese le giornate nazionali di vaccinazione, la poliomielite è stata di fatto debellata. La Cambogia è stato l'ultimo Paese della Regione a registrare nel marzo del 1997 un caso di poliomielite.
- Si stima che l'intensificazione della vaccinazione contro la rosolia, il tetano neonatale, la pertosse e le altre malattie infantili ha contribuito a salvare la vita di 7 milioni di bambini.
- La lebbra è praticamente scomparsa con meno di 30000 persone affette dalla malattia contro circa le 500000 negli anni '50. La frequenza della lebbra nella Regione si riporta ora a meno di un caso su 10000.

- Il documento del WPRO “La salute: nuove prospettive” promuove la nozione di salute positiva anziché semplicemente l’assenza di malattia. Essa è stata adottata in molti Paesi nel quadro dei piani di sviluppo della politica sanitaria.
- I progetti città-salute e isole-salute basati su nuovi approcci alla promozione sanitaria sono stati lanciati in tutta la Regione.
- Gli Stati Membri dell’OMS nella Regione comprendono numerose comunità insulari con necessità sanitarie specifiche. Il WPRO ha fatto molto per valorizzare le risorse umane della Regione suscettibili di risposta a queste necessità.

L’OMS occupa circa 270 persone tra l’Ufficio regionale del Pacifico Occidentale a Manila e gli uffici dei singoli Paesi. Per l’esercizio 1998-1999 i crediti del bilancio ordinario destinati alle attività dell’OMS nella Regione ammontano a \$ USA 80.279.000.

E) Critiche al decentramento regionale

I Direttori Generali, che hanno promosso il decentramento, hanno in molte occasioni richiamato l’attenzione degli organi di governo sulle sue conseguenze contraddittorie. Nel 1979, nello “Studio delle Strutture dell’OMS nel quadro delle sue Funzioni: procedure, strutture e relazioni di lavoro”, il Dr. Mahler ha notato che il gap tra politica e pratica, strettamente legato alla questione del centralismo verso il decentramento cresceva, che gli organi centrali dell’OMS erano diventati nominalmente più forti, ma avevano un limitato controllo sulla maggior parte delle attività dell’Organizzazione, particolarmente su quelle che si svolgono nelle regioni e nei Paesi, che le strutture regionali, seppur più forti e indipendenti, tendevano a concentrarsi sulle attività tra nazioni e con limitato controllo sulle attività dell’Organizzazione nei Paesi e poca influenza nel delineare la politica globale.

Nel 1987 un articolo presentato dal Direttore Generale al Consiglio Esecutivo intitolato “Gestione delle Risorse dell’OMS” ha parlato dei difetti nel funzionamento del sistema decentrato dell’OMS nella realizzazione della Strategia delle “Salute per Tutti” e ha identificato alcuni problemi comuni: l’esiguità del personale degli uffici nazionali e la relativa incapacità di esercitare le funzioni di sviluppo nei confronti dei Paesi stessi sulla base della Strategia; l’inadeguata concentrazione in alcuni uffici regionali della gestione della cooperazione tecnica e la limitata delega di poteri a

livello nazionale; figure professionali inadeguate negli uffici regionali e mancanza di un giusto equilibrio tra le capacità che dovrebbero essere presenti a livello centrale e nelle regioni; l'inadeguata distribuzione di informazioni ai Paesi; mancanza di assegnazioni di borse di studio e di acquisti di rifornimenti e strumentazione che incidono in maniera significativa sulle risorse dell'OMS.

Nel suo discorso di apertura del 5 maggio del 1987 all'Assemblea, il Dr. Mahler deplorò che l'incremento (incostituzionale) dei comitati regionali verso gli organi direttivi dell'OMS "potrebbe portare l'OMS a consistere di sei separate organizzazioni regionali ed un'organizzazione di direzione separata". Egli ribadì inoltre la tendenza crescente a collocare personale locale nei Paesi e negli uffici regionali.. Sottolineò ancora che il decentramento anziché essere accettato dai singoli Stati Membri come delega ad essi di responsabilità per il lavoro dell'OMS e per i rendiconti finanziari per l'utilizzo delle risorse collettive, veniva invece troppo spesso considerato come un assegno in bianco per piccole spese ("blank cheque for pocket money").⁶⁶

Un Rapporto del 1991 sulle attività dell'OMS e concreta operatività in Kenya, Nepal, Sudan e Thailandia sottolineava, *inter alia*, l'indebita concentrazione di poteri gestionali dell'OMS e delle risorse a livello regionale "che non lasciavano margine per un ufficio nazionale operativamente efficiente". Il rapporto evidenziava i seguenti ostacoli per un funzionamento ben operante dei tre livelli della struttura organizzativa (sede centrale - ufficio regionale - ufficio nazionale) :

- a) una struttura di gestione centralizzata con attenzione particolare al livello regionale
- b) un livello regionale politicizzato
- c) un ufficio nazionale con compiti soprattutto diplomatici e una qualche attività amministrativa
- d) inadeguatezza di personale professionale
- e) concorrenza per le risorse tra il livello globale, regionale e nazionale.

Il rapporto dell'Unità Ispettiva Congiunta del 1993 sul decentramento nell'OMS evidenzia i principali problemi e formula raccomandazioni rilevanti:

⁶⁶ Y. Beigbeder: *International Organization and the Evolution of World Society*, Volume 4, The World Health Organization, The Hague/London/Boston, 1998, pp. 65-67

- il Consiglio Esecutivo non esercita pienamente e concretamente i suoi poteri di sorveglianza gestionale previsti dal Trattato istitutivo nei confronti dei comitati e degli uffici regionali. I comitati regionali tendono in pratica a funzionare quali “Assemblee Regionali della Sanità”. Essi esercitano scarsamente un controllo diretto ed efficace sulla gestione e sugli interventi degli uffici regionali, lasciando ai Direttori Regionali più margine di indipendenza rispetto al Direttore Generale stesso
- Il Consiglio Esecutivo dovrebbe quindi dare nuovo impulso ai suoi poteri di sorveglianza gestionale nominando ad esempio un sottocomitato di controllo sulle questioni amministrative e di bilancio. Un'autorità meglio strutturata e scambi di informazioni dovrebbero essere istituiti tra i comitati regionali ed il Consiglio Esecutivo. I comitati regionali dovrebbero concentrare l'attenzione del loro lavoro su problemi tecnici ed operativi riguardanti la realizzazione e la valutazione delle strategie regionali ai fini della “Salute per Tutti” e dovrebbero riunirsi soltanto ogni due anni.

Gli Ispettori credono tuttavia che il maggior problema sia l'exasperazione delle sottostanti forze centrifughe all'interno dell'Organizzazione, dovute all'indipendenza dei direttori regionali vis-à-vis del Direttore Generale. I Direttori Regionali vengono eletti con voto segreto dai rispettivi comitati regionali, elezione poi firmata dal Consiglio Esecutivo. Alcuni Direttori regionali potrebbero essere tentati di interpretare il loro status e ruolo in termini politici anziché tecnici, con la conseguente politicizzazione indebita dell'Organizzazione:

“Eventuali debiti politici da parte dei direttori regionali verso i loro elettori...che non possono essere pagati senza qualche pregiudizio all'integrità delle politiche dell'Organizzazione, alle regole e alle norme...Possibili distrazioni di risorse e di tempo dalla assistenza sanitaria e leadership finalizzate alla richiesta di appoggio elettorale”.

Gli Ispettori propongono di “depoliticizzare” i Direttori Regionali che dovrebbero diventare direttori tecnici. Il Direttore Generale dovrebbe avere potere di selezione e di nomina dei Direttori regionali e sottoporli alla conferma del Consiglio Esecutivo a seguito di consultazioni ed in accordo con i comitati regionali interessati.

Quest'ultima raccomandazione, che è improbabile venga adottata, rafforzerebbe la posizione statutaria preminente e l'autorità del Direttore Generale rispetto ai Direttori regionali.

F) Studi e proposte dell'OMS

Il Gruppo di Lavoro dell'OMS sulla "Risposta dell'OMS al Cambiamento Globale" stabilito dal Consiglio Esecutivo nel maggio 1992 sottopose il suo rapporto al Consiglio stesso nel maggio del 1993. Con una risoluzione il Consiglio Esecutivo approvò le conclusioni e le 47 raccomandazioni del Gruppo. Nel maggio 1993 l'Assemblea approvò i concetti e i principi del rapporto sull'azione che deve essere intrapresa per incrementare la capacità dell'OMS di affrontare le sfide derivanti dai cambiamenti globali politici, economici e sociali.

Alcune di queste raccomandazioni tendono a rafforzare il ruolo del Consiglio Esecutivo. La Raccomandazione 14 propone di aumentare i modi con i quali i Membri del Consiglio Esecutivo sono designati e di raggiungere un più attivo coinvolgimento di tutti i Membri nel corso degli anni. Nella raccomandazione 24 il Gruppo propone di includere come parte dell'agenda regolare del Consiglio Esecutivo incontri con il Direttore Generale per rivedere le strategie, i progressi in chiave operativa e la gestione dei problemi. La raccomandazione 16 richiede ai comitati regionali di studiare il proprio metodo di lavoro al fine di armonizzare le proprie azioni con il lavoro degli uffici regionali, delle altre regioni, del Consiglio e dell'Assemblea.

La raccomandazione 13 propone di creare uno speciale sub comitato del Consiglio per considerare le opzioni per la nomina e le relazioni dell'ufficio del Direttore Generale e dei Direttori Regionali, incluso l'uso dei comitati di ricerca.

La raccomandazione 23 richiede una revisione dell'attuale delega di poteri tra la direzione centrale e gli uffici regionali e l'introduzione di modifiche appropriate.

Nel gennaio del 1996 il Consiglio Esecutivo accettò di prendere in considerazione tutte le 47 raccomandazioni, ma ritenne che fossero ancora necessarie alcune misure complementari.

Nel settore del decentramento vennero creati due nuovi organi: il Consiglio sulla Politica Globale e il Comitato di Gestione dello Sviluppo. Parte del loro mandato è di garantire, attraverso un approccio coordinato di programmazione, finanziamento,

monitoraggio e valutazione, che il programma di sviluppo ai livelli di direzione generale, regionale e nazionale segua la politica globale rispettando nel frattempo le priorità nazionali.

Dal 1997 nessun sostanziale cambiamento è stato raggiunto per assegnare al Consiglio Esecutivo un effettivo ruolo di monitoraggio sui comitati regionali e sugli uffici regionali, né per rafforzare i poteri del Direttore Generale sui Direttori Regionali né per depoliticizzare le entità regionali.

L'autonomia delle organizzazioni regionali risulta invariata.

G) Decentramento e sistemi sanitari: analisi di esperienze internazionali

Il decentramento è stato ed è ancora al centro di molte riforme sanitarie che hanno come obiettivo il miglioramento delle prestazioni dei sistemi sanitari, l'introduzione della competitività e l'incoraggiamento alla solidarietà. Un recente studio sull'argomento, al quale hanno partecipato 27 Paesi, sia sviluppati sia in via di sviluppo, ha evidenziato come i Paesi interpretino ed attuino le strategie di decentramento e quali ne siano gli effetti nelle diverse situazioni.

Esistono diversi filoni di decentramento. In alcuni Paesi vi sono spostamenti di responsabilità verso l'amministrazione sanitaria del distretto, verso i governi locali e talvolta vengono create nuove forme di gestione pubblica (agenzie esecutive, consigli sanitari, istituzioni autonome). In altri Paesi il decentramento si occupa principalmente di stabilire rapporti con i settori privati e di volontariato. Il decentramento è stato spesso limitato al sistema sanitario ma qualche volta esso è anche stato parte di più ampie riforme nel settore pubblico.⁶⁷

Sebbene gli effetti del decentramento siano di difficile valutazione a causa della mancanza di dati e spesso di un'attuazione incompleta, il decentramento non può risolvere tutti i problemi. Non c'è prova che esso abbia migliorato l'uguaglianza o rafforzato l'attenzione sull'assistenza sanitaria primaria. Sebbene alcune funzioni del sistema sanitario potrebbero essere meglio espletate, è anche evidente che altre funzioni quali programmi operativi sulla droga e programmi di ricerca possono trarre vantaggio dalla centralizzazione.

⁶⁷ Technical seminary, Relator: Dr. k. Janovsky, division of Analysis, Research and Assessment, WHO, Geneva, www.who.int

L'esperienza insegna che piani regolatori e unità operative speciali facilitano il processo di decentramento. Le diversità delle strutture locali esistenti devono essere rispettate e le capacità locali sviluppate. Inoltre devono essere trovate soluzioni per le dimensioni delle strutture occupazionali troppo spesso trascurate e per la forza lavoro.

5.7 IL FINANZIAMENTO DELL'OMS

Il denaro è indispensabile per combattere le malattie: i programmi di sanità nazionali ed internazionali necessitano di finanziamenti adeguati. Le risorse finanziarie assegnate all'OMS determinano le prospettive, l'importanza e i numeri di programmi che l'Organizzazione può intraprendere. Esse stabiliscono anche il grado di responsabilità affidate all'Organizzazione, ossia la fiducia accordata dagli Stati Membri e da altri donatori in relazione ai risultati e alla credibilità in veste di "autorità di direzione e coordinamento nel lavoro sanitario internazionale" (art.2 lett. a dell'atto costitutivo).⁶⁸

Non avendo proprie risorse, come la maggior parte delle organizzazioni intergovernative, il finanziamento dell'OMS è principalmente assicurato da contributi obbligatori e volontari degli Stati Membri. Inoltre, altre agenzie o programmi delle Nazioni Unite, organizzazioni regionali intergovernative, organizzazioni benefiche, Organizzazioni non Governative e privati contribuiscono in misura diversa al finanziamento di attività o programmi specifici.

L'esistenza stessa e il funzionamento dell'OMS dipendono quindi dai sussidi garantiti dagli Stati Membri e da altri donatori, il che limita necessariamente l'autonomia operativa e il potere decisionale.

Il bilancio regolare dell'OMS per il 1997 era secondo soltanto a quello delle Nazioni Unite. Dal bilancio iniziale del 1949 che ammontava a 5 milioni di dollari si è passati a 843 milioni di dollari per il biennio 1998-1999.

A partire dal biennio 1988-1989, le risorse straordinarie eccedono il bilancio ordinario, segno tangibile del credito ottenuto dall'Organizzazione.

⁶⁸ Y. Beigbeder: *International Organization and the Evolution of World Society*, Volume IV, The World Health Organization, The Hague/ London /Boston, 1998, pp.149-151

Il capitolo XII dell'atto costitutivo delinea la base statutaria e le procedure per la gestione del bilancio dell'Organizzazione: si intitola "Bilancio e Spese" e comprende gli articoli 55, 56, 57 e 58.⁶⁹

Ai sensi degli artt. 55 e 56 il Direttore Generale prepara e sottopone al Consiglio Esecutivo le previsioni di bilancio dell'Organizzazione. Il Consiglio le valuta e le sottopone all'Assemblea Mondiale della Sanità con le raccomandazioni ritenute necessarie. L'Assemblea esamina ed approva le previsioni di bilancio e ripartisce le spese tra gli Stati Membri secondo una graduatoria fissata dall'Assemblea stessa e soggetta ad accordo tra l'OMS e le Nazioni Unite.

Gli artt. 57 e 58 riguardano donazioni e lasciti e l'uso da parte del Consiglio Esecutivo di un fondo speciale per le emergenze: queste sono meno importanti ai fini della procedura di bilancio.

Altri articoli del Trattato istitutivo si riferiscono alle previsioni di bilancio. L'art.7 prevede la possibilità, per l'Assemblea, di sospendere dal diritto di voto e dal godimento dei servizi prestati dall'Organizzazione, lo Stato Membro che non ottemperi ai propri obblighi finanziari nei riguardi dell'Organizzazione.

L'art.50 lett. f dà poteri ai Comitati Regionali di raccomandare stanziamenti regionali aggiuntivi da parte dei governi delle rispettive regioni, qualora il bilancio assegnato dall'Organizzazione a una regione sia insufficiente all'espletamento delle funzioni regionali.

Il Regolamento Finanziario dell'OMS (Financial Regulations) contiene disposizioni sulle previsioni di bilancio, stanziamenti, raccolta di fondi ed altre entrate, custodia e investimento dei fondi, controllo finanziario interno e verifica, rendiconti e rapporti finanziari, revisione esterna e delega di poteri. L'art.5.6 di tale regolamento prevede che il programma regolare dell'OMS venga finanziato da contributi che gli Stati Membri sono obbligati a pagare. Oltre ai contributi previsti dallo statuto, gli Stati Membri possono offrire contributi volontari con la forma di pagamento da essi stessi prescelta. I criteri e i metodi per stabilire i contributi sono stati fissati per la prima volta nel luglio del 1948 sulla base dei criteri previsti dalle Nazioni Unite sui finanziamenti degli Stati Membri. Il criterio principale è la "capacità di pagare".⁷⁰

⁶⁹ Basic Documents, Forty Second Edition, 1999, Geneva

⁷⁰ Y. Beigbeder: International Organization and the Evolution of World Society, Volume IV, The World Health Organization, The Hague/ London /Boston, 1998, p.161

Altri testi contengono previsioni finanziarie: tra questi Staff Regulations e Staff Rules (stipendi ed indennità, previdenza sociale ecc.), le Rules of Procedures dell'Assemblea e del Consiglio nonché le regole e le procedure finanziarie stabilite dal Direttore Generale.

Nel 1994, su decisione del Consiglio Esecutivo, è stato creato l'Administration, Budget and Finance Committee allo scopo di assistere il Consiglio e l'Assemblea Mondiale della Sanità nelle delibere su questioni finanziarie. Il Comitato ha anche il compito di assistere i continui sforzi del Direttore Generale nel semplificare e rendere più chiare le procedure di bilancio, e di monitorare l'impatto delle misure amministrative e finanziarie sulla preparazione dei programmi biennali di bilancio, raccomandando nel contempo misure per migliorare l'efficienza della procedura.⁷¹

⁷¹Y. Beigbeder: International Organization and the Evolution of World Society, Volume IV, The World Health Organization, The Hague/ London /Boston, 1998, pp.168-169

Capitolo 6: LE FUNZIONI NORMATIVE

6.1 GLI ATTI DELL'OMS

Fra gli istituti specializzati che hanno responsabilità particolarmente importanti nel campo del diritto internazionale l'OMS, insieme all'ILO e all'ICAO, ha dato uno dei contributi più significativi allo sviluppo della tecnica normativa internazionale.

Il potere normativo dell'Organizzazione è disciplinato dagli artt. 19 - 23 del capitolo V dell'atto costitutivo. E' cioè strettamente collegato agli altri articoli del medesimo capitolo V volti a configurare composizione, funzione e meccanismi operativi dell'Assemblea Mondiale della Sanità.

La potestà normativa è in capo all'organo plenario.

Il potere normativo dell'Organizzazione è senz'altro uno dei più importanti e dei più vasti, se si considera il complesso degli istituti specializzati (in tal senso è concorde gran parte della dottrina).

In primo luogo l'Assemblea ha il potere, ai sensi dell'art.19, di adottare progetti di **convenzioni** o accordi concernenti materie che rientrano nella sfera di competenza dell'Organizzazione. E' richiesta una maggioranza di 2/3.

L'atto costitutivo non menziona un eventuale potere di adottare progetti di convenzioni in capo al Consiglio Esecutivo. In base all'accentramento del potere normativo nell'organo plenario, è dubbio che la facoltà di adottare progetti di convenzioni possa essere oggetto di delega da parte dell'Assemblea al Consiglio Esecutivo (a norma dell'art.28). A. Malintoppi invece ritiene possibile questa eventualità.

La Convenzione entra in vigore in ciascuno Stato dopo la sua accettazione in conformità con i procedimenti costituzionali di diritto interno.

Gli Stati Membri hanno l'obbligo di dare corso alla procedura di accettazione entro 18 mesi dall'adozione del progetto da parte dell'Assemblea Mondiale della Sanità.

É evidente e comune alla generalità delle analoghe fattispecie del diritto delle organizzazioni internazionali, che tale disposizione, contenuta nell'art.20, non implica da parte dello Stato Membro l'obbligo di ratificare la Convenzione, ma soltanto quello di inviarne il testo agli organi costituzionali interni competenti ad intervenire nel processo di ratifica. Lo Stato ha comunque l'obbligo di notificare al Direttore Generale l'azione intrapresa e, qualora non intenda dar corso

all'accettazione entro il termine di 18 mesi, di dichiararne espressamente le ragioni. E' chiaro che se la ratifica fosse obbligatoria sul piano internazionale, non sarebbero contemplate l'ipotesi di non accettazione che, anzi, integrerebbe un illecito.

Nel caso in cui invece lo Stato abbia accettato di ratificare, si impegna, in conformità con quanto disposto dall'art.62, ad indirizzare ogni anno un rapporto al Direttore Generale sulle misure adottate in esecuzione della Convenzione. Un analogo potere di adozione di progetti di convenzioni è previsto dai Trattati istitutivi dell'ILO e dell'UNESCO. Il Trattato istitutivo dell'ILO, anzi, ha rappresentato in questa materia il modello cui hanno fatto riferimento le conferenze istitutive dell'UNESCO e dell'OMS.

A differenza però di quanto è accaduto per l'ILO, con l'adozione da parte degli Stati di numerosissime convenzioni predisposte dall'Organizzazione, l'analogo potere dell'OMS in materia non ha avuto lo sviluppo sperato.

Di maggiore interesse si è rilevato nella prassi il potere regolamentare disciplinato dagli articoli 21 e 22 dell'atto costitutivo dell'OMS.

L'Assemblea ha il potere di adottare **regolamenti** (regulations) in campi tassativamente indicati dall'art.21:

- misure sanitarie e di quarantena e altre procedure volte a prevenire la diffusione di malattie
- nomenclature di malattie, cause di morte e norme di sanità pubblica
- standard di sicurezza, purezza e delle caratteristiche di prodotti biologici, farmaceutici e affini presenti nei flussi commerciali internazionali
- condizioni relative alla pubblicità e alla designazione dei prodotti biologici, farmaceutici e affini.

Dal momento che l'art.21 non prevede una maggioranza particolare è da intendersi che i regolamenti possono essere adottati a maggioranza semplice, a meno che, a norma dell'art.60, l'Assemblea decida di richiedere la maggioranza dei 2/3.

I regolamenti adottati dall'Assemblea entrano in vigore per tutti gli Stati Membri a seguito di notificazione da parte dell'Assemblea stessa, salvo il caso in cui uno Stato Membro comunichi al Direttore Generale, entro un termine generalmente fissato dallo stesso regolamento, il proprio rifiuto di accettazione o la propria volontà di apporre delle riserve. L'atto costitutivo non pone limiti alla facoltà di apporre riserve. Nella prassi, tuttavia, si constata come ciascun singolo regolamento circoscriva

questa facoltà, allo scopo di evitare che un indiscriminato esercizio del potere di apporre riserve snaturi il contenuto essenziale dell'atto e ne comprometta l'applicazione o l'efficacia.

Per quanto il potere regolamentare dell'OMS sia limitato esclusivamente alle materie elencate nell'art.21, è importante sottolineare l'autorità di cui dispone l'Organizzazione nel porre in essere un tipo di atto normativo vincolante, per il quale non è richiesta un'espressione di volontà positiva da parte del soggetto statale. E' inoltre particolarmente significativo il fatto che l'OMS abbia contemplato questa forma normativa strutturata in modo che una maggioranza, espressa in seno all'Assemblea, possa vincolare giuridicamente, ponendo obbligazioni, tutti gli Stati Membri, a meno che essi non si vogliano sottrarre attraverso una dichiarazione esplicita.⁷²

L'articolo 23 dell'atto costitutivo dell'OMS assegna all'Assemblea il potere di indirizzare **raccomandazioni** agli Stati Membri in tutti i campi che rientrano nella competenza dell'Organizzazione.

In via generale la competenza a rivolgere raccomandazioni rientra tra quelle dell'organo plenario.

A differenza di quanto avviene per le convenzioni, in cui è escluso, come ho già detto, che la facoltà di adottare progetti di convenzioni possa essere oggetto di delega al Consiglio, il potere di indirizzare raccomandazioni agli Stati, per la natura tecnica del loro contenuto (le raccomandazioni sono atti di stimolo alla cooperazione piuttosto che direttamente normativi, come invece i regolamenti) può essere delegato dall'Assemblea al Consiglio, in applicazione dell'art.28 lett. c del Trattato istitutivo.

Si può inoltre ritenere che il Consiglio possa, sulla base di una competenza propria e non discendente da una delega, adottare raccomandazioni nell'esercizio di quel potere di prendere misure di emergenza che l'atto costitutivo assegna all'organo esecutivo⁷³. Il Malintoppi si spinge fino al punto di ritenere che il Consiglio possa, in virtù di poteri propri, autorizzare il Direttore Generale anche a formulare raccomandazioni, realizzando l'attribuzione di una delega, analogamente a quanto avviene tra Assemblea e Consiglio. Va comunque ribadito che il potere di adottare raccomandazioni, in quanto espressione della potestà normativa dell'organo a

⁷² D.W. Bowett: The law of International Institutions, London, 1975, p.120

competenza generale, è in ogni modo riferibile, in via primaria, all'Assemblea Mondiale della Sanità.

L'Assemblea adotta le raccomandazioni a maggioranza semplice, non essendo esse comprese tra i casi per i quali l'art.60 prevede un voto a maggioranza dei 2/3 (a differenza di quanto prevede l'atto costitutivo della FAO il quale distingue tra raccomandazioni agli Stati Membri volte a stimolare un'azione nazionale, per le quali occorrono i 2/3 della maggioranza e tutte le altre per le quali è invece sufficiente la maggioranza semplice).

L'art.62 pone l'obbligo per Stati Membri di inviare un rapporto annuale all'Organizzazione sulle azioni intraprese nelle materie oggetto di raccomandazione, nonché con riferimento alle convenzioni e ai regolamenti.

In via generale è evidente che gli Stati non hanno l'obbligo di ratificare le convenzioni adottate a maggioranza dei 2/3 dall'Assemblea, né quello di porre in essere i comportamenti indicati dalle raccomandazioni, adottate a maggioranza semplice. Se infatti sussistesse un tale obbligo, ci troveremmo di fronte ad un potere sovranazionale esercitato dall'Organizzazione, con conseguenti limitazioni alla sovranità nazionale. E ciò non si riscontra né nella lettera né nello spirito del Trattato istitutivo dell'OMS.

Nel suo complesso il potere normativo dell'organizzazione è concepito e strutturato in modo da fornire i mezzi per pervenire alla formazione di un consenso ampio su singoli atti destinati a rendere più efficace l'azione degli Stati e della comunità internazionale nel perseguimento degli obiettivi sociali ed umanitari dell'OMS.

Lo Stato Membro si obbliga invece a sottoporre i testi delle convenzioni e le raccomandazioni all'esame dei propri organi costituzionali e, al termine dell'iter nazionale, si impegna a riferire all'Organizzazione sulle azioni intraprese.

Ciò non significa però che gli Stati possano ignorare l'attività normativa dell'Organizzazione. Anche la semplice raccomandazione infatti, pur non essendo vincolante, è pur sempre un atto giuridico dotato da una parte di forza morale e dall'altra di un valore politico.

In presenza di un comportamento di un singolo Stato che sia difforme dagli orientamenti normativi espressi negli atti adottati dall'Organizzazione, gli altri Stati

⁷³ E. Greppi, OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità). *Novissimo Digesto Italiano*, Appendice, Volume V, Torino, 1987, pp.453-455

Membri eserciteranno pressioni di natura politica nell'ambito degli organi societari per indurre lo Stato a collaborare attivamente.

Gli organi dell'OMS, Assemblea, Consiglio e comitati regionali dispongono inoltre della facoltà di adottare i propri regolamenti interni ai sensi degli artt. 17, 27, 49 del Trattato istitutivo. Il Monaco definisce questa degli organi non istituzionali una delle discipline più complete in tema di autonomia organizzativa di enti internazionali.

La IV Assemblea ha anche adottato un regolamento relativo ai comitati di esperti.

6.2 CONVENZIONI

L'art.19 non è stato applicato, eccetto riguardo a questioni formali ed amministrative, come la formulazione di accordi operativi.

Ciò nonostante, per la prima volta dalla nascita dell'Organizzazione, l'Assemblea ha richiesto al Direttore Generale, nel maggio del 1996, di iniziare la stesura di una convenzione internazionale sul controllo del tabacco, in ottemperanza all'art.19. Questa dovrebbe essere la **prima convenzione internazionale adottata dall'OMS**. La convenzione dovrebbe contenere una strategia diretta ad incoraggiare gli Stati Membri a muoversi gradualmente verso l'adozione di politiche globali sul controllo del tabacco e trattare quegli aspetti del controllo del tabacco che oltrepassano i confini nazionali.

Dal 1970 al 1995, l'Assemblea ha adottato 14 risoluzioni, tutte all'unanimità, in favore di misure di controllo del tabacco, che dimostrano un forte ed ampio consenso. Nel maggio del 1970, l'Assemblea si è dichiarata consapevole dei seri effetti del fumo nel causare e nel favorire l'insorgere di malattie polmonari e cardiache, compreso il cancro broncopolmonare, le bronchiti croniche, l'enfisema e le malattie ischemiche del cuore. Nel 1976, l'Assemblea ha riconosciuto "l'indiscutibile evidenza scientifica" mostrando che il fumo del tabacco era la maggior causa delle bronchiti croniche, dell'enfisema e del cancro al polmone così come il maggior fattore di rischio dell'infarto miocardico, di disturbi connessi alla gravidanza e neonatali, di un certo numero di altri gravi problemi di salute e di effetti dannosi nei confronti di coloro che sono involontariamente esposti al fumo del tabacco. Nel 1989 l'Assemblea ha adottato un piano di azione per il programma dell'OMS su "tabacco o salute" per il periodo 1988-1995. Nel 1997 l'OMS ha

affermato che il tabagismo è causa di morte e di invalidità in misura superiore ad altre malattie: i prodotti del tabacco uccidevano tre milioni di persone all'anno e se non fossero state adottate forti ed immediate misure, gli indici di mortalità avrebbero raggiunto circa 10 milioni di persone ogni anno, di cui il 70% nei Paesi in via di sviluppo. L'OMS accusa la grande industria del tabacco, che continua a commercializzare aggressivamente un prodotto "che uccide la metà dei suoi consumatori".

A) Primi passi verso la Convenzione Quadro sul Controllo del Tabacco

Nel maggio del 1999, la 52^a Assemblea Mondiale della Sanità, con una risoluzione, apre la strada alla "Framework Convention on Tobacco Control" (FCTC), Convenzione Quadro sul Controllo Antitabacco.

L'Assemblea incentiva negoziazioni multilaterali per un insieme di norme e regolamenti destinati a controllare l'aumento e la propagazione mondiale del tabacco e dei prodotti derivati nel corso del 2000.⁷⁴

I 191 Membri dell'Assemblea sostengono all'unanimità la risoluzione che sollecita ad iniziare i lavori sulla Convenzione Quadro per il Controllo del Tabacco, un nuovo strumento giuridico che dovrebbe occuparsi di questioni diverse quali la pubblicità e la promozione del tabacco, diversificazione dell'agricoltura, il contrabbando, le tasse e le sovvenzioni.

Cinquanta nazioni, un record, prendono la parola per promettere sostegno politico e finanziario a favore della Convenzione. Fra queste nazioni erano presenti cinque Membri Permanenti del Consiglio di Sicurezza delle Nazioni Unite, alcuni grandi Paesi produttori ed esportatori nonché molti Paesi in via di sviluppo o sviluppati che si oppongono agli sforzi dell'industria del tabacco verso la promozione e la commercializzazione.

Nel corso della sua storia ormai cinquantennale è la prima volta che l'OMS esercita il mandato prescritto nel suo Trattato istitutivo per negoziare una Convenzione. Quando sarà pronta, la FCTC costituirà il primo trattato mondiale di lotta contro il tabacco. *"É un atto di giustizia portare la nostra attenzione sul tabacco: alla fine di un secolo che ha portato a tanto progresso nella scienza e nella medicina, il tabacco*

si distingue per essere stato trascurato in maniera sconcertante”, così ha dichiarato l’attuale Direttore Generale dell’OMS, dott. Gro Harlem Brundtland.

Un gruppo di lavoro sulla FCTC si metterà presto all’opera per formulare le prime proposte sugli elementi di questa convenzione, aprendo così la strada a negoziazioni formali entro un anno circa. L’OMS ed i suoi Stati Membri prevedono di terminare i lavori entro il 2003, dopo di che la Convenzione sarà pronta per la ratifica.

Il tabacco uccide 4 milioni di persone all’anno. L’iniziativa “Per un Mondo Senza Tabacco” (TFI, Tobacco Fight Initiative), il programma di lotta antitabacco dell’OMS, stima che stando così le cose questa “epidemia silenziosa” potrebbe fare 10 milioni di morti all’anno entro il 2025 con più del 70% di vittime nei Paesi in via di sviluppo.

L’OMS spera di eliminare i problemi del tabagismo nel loro insieme, per dimostrare che oltre ad essere un’abitudine personale debilitante e non solo, esso provoca un disastro nella sanità pubblica, che le attività dell’industria del tabacco alimentano cercando nuovi mercati e nuove vittime per un prodotto che dà dipendenza prima di portare alla morte. I responsabili del TFI sperano che tale lavoro contribuisca a rendere le popolazioni più consapevoli di un’esigenza di regolamentazione governativa d’insieme sul tabacco.

I vantaggi della FCTC sono numerosi per gli Stati Membri dell’OMS. Il più importante tra essi è che, con la Convenzione quale mezzo di guida e di coordinamento, i Paesi possono contribuire in maniera differenziata allo strumento giuridico internazionale e integrare le norme riconosciute nella loro legislazione nazionale. *“Il tabacco è un problema mondiale, l’industria del tabacco si comporta come una potenza mondiale; i Paesi devono dunque operare insieme per combattere questa minaccia sulla sanità pubblica”*, così ha dichiarato il dott. Derek Yach capo dell’iniziativa “Per un mondo senza tabacco”.

Il processo di elaborazione e di adozione della FCTC e dei protocolli ad essa collegati, aiuterà a mobilitare il sostegno tecnico nazionale ed internazionale alla lotta antitabacco, a sensibilizzare l’opinione pubblica mondiale sull’alto tasso di morbilità prevenibile che l’utilizzazione e la propagazione del tabacco implicano e a rendere trasparenti le attività dell’industria del tabacco.

⁷⁴ Communiqué WHA/14, 24 mai 1999

I primi due incontri del “gruppo di lavoro” diretti a predisporre i lavori preparatori per la stesura della futura Convenzione sul controllo del tabacco hanno avuto luogo il 25-29 ottobre del 1999 e il 27- 29 marzo del 2000.

B) Primo incontro del Gruppo di Lavoro per lo Schema di Convenzione sul Controllo del Tabacco

Durante il primo incontro (25-29 ottobre 1999) sulla “Framework Convention on Tobacco Control” l’OMS lancia una campagna mondiale senza precedenti per smascherare la duplicità dell’industria del tabacco il cui slogan è “nessuno sfuggirà”.⁷⁵

Questa campagna denominata “Il tabacco uccide, non lasciatevi ingannare” riunisce i maggiori attivisti nei campi della medicina e dei mezzi di informazione in venti Paesi. Il Dr. Jeffrey Wigand ha denunciato l’industria del tabacco mentre il programma antitabacco della California ha messo in guardia in questa campagna mondiale dalle frodi e dalle menzogne orchestrate dal settore del tabacco.

“ Ad ogni ora del giorno e della notte i cartelli pubblicitari, gli schermi televisivi, i cinema, le radio ed ora anche Internet bombardano i nostri bambini con messaggi che, qualunque sia la loro interpretazione, arrivano a dire “dacci oggi la tua boccata quotidiana”, ha dichiarato il Dr. Derek Yach.

Per il Direttore Generale dell’OMS il tabacco è una malattia che si trasmette. La pubblicità ne è il veicolo di trasmissione.

La campagna “non lasciatevi ingannare” invita i giornalisti radiofonici e della stampa e gli altri specialisti della comunicazione che si occupano di salute nel mondo di discernere fra fiction e realtà per quel che riguarda il consumo del tabacco, la sua diffusione e promozione.

Prendendo spunto dal successo delle campagne contropubblicitarie e dalle azioni condotte nelle corti comunitarie in California la campagna difenderà la causa della salute, rafforzerà le conoscenze delle popolazioni in questo campo, promuoverà scelte di vita sana e, elemento ancora più importante, essa influirà sulle politiche pubbliche affinché misure energiche per la lotta contro il tabacco ed una regolamentazione rigida dell’industria diventino una realtà planetaria.

⁷⁵ www.who.int

“ Io conosco l’industria del tabacco dall’interno”, ha ricordato il Dr. Vigand al lancio della campagna, *“l’industria ha sempre avuto un atteggiamento di disprezzo insolente della verità. Si è lasciato fare agli Stati Uniti per decine d’anni e si continua a lasciar fare in altri Paesi. La morte, la malattia e la sofferenza sono le conseguenze di queste menzogne”*.

Il tabacco uccide ogni giorno 11000 persone nel mondo. Nel 2020 ne moriranno 10 milioni all’anno di cui il 70% nei Paesi in via di sviluppo. *“Gli Stati Uniti dovrebbero cercare di aiutare gli altri Paesi. Sfortunatamente, le società americane produttrici di tabacco si accaniscono sui Paesi in via di sviluppo e commercializzano con aggressività i loro prodotti, pur sapendo che essi provocano malattia e morte”* ha dichiarato la ricercatrice Helen Brown della Società Americana per il Cancro che ha sostenuto il lancio della campagna. I Paesi in via di sviluppo sono ormai il bersaglio degli assalti dell’industria del tabacco con gravi ripercussioni sulla sanità pubblica mondiale.

“Voi avete tracciato un cammino in California e i grandi del tabacco battono in ritirata” ha dichiarato il Dr. Yach durante una seduta speciale che ha riunito i promotori della sanità nel mondo del XX secolo e i 400 principali responsabili della lotta antitabacco in California. *“L’uomo Marlboro ha lasciato questo Stato ma si scatena altrove. Noi dobbiamo vigilare insieme affinché egli non possa più muoversi o nascondersi”*.

Questa campagna mondiale dell’OMS condotta su molti fronti si baserà su fatti concreti che stabiliranno ciò che più è valido per la lotta al tabacco. Essa identificherà e diffonderà i successi come quello in California, dove l’associazione di un’azione comunitaria e di una contro pubblicità aggressiva ha permesso di giungere ad una politica di sanità pubblica che è riuscita a salvare delle vite e anche a risparmiare. Questo Stato conta 700000 fumatori adulti in meno. La frequenza dei tumori broncopolmonari è diminuita oltre il 14%. Per ogni dollaro speso nella lotta antitabacco la California risparmia 3 dollari in servizi medici diretti per le malattie provocate dal tabagismo.

La mondializzazione del marketing e del commercio dei prodotti del tabacco implica che tutti i Paesi devono individualmente e congiuntamente prendere misure energiche se si vuole a lungo termine fare scomparire il tabagismo nelle loro popolazioni.

La settimana precedente l'incontro del primo gruppo di lavoro per questo primo trattato mondiale di sanità pubblica, 100 Paesi, rappresentanti il 93% della popolazione mondiale, si sono riuniti a Ginevra e hanno richiesto un intervento mondiale energico contro il tabacco a complemento delle legislazioni nazionali.

La campagna "non lasciatevi ingannare" intraprenderà Paese per Paese una ricerca per tentare di identificare, descrivere, riportare e rendere pubbliche le informazioni specifiche sulle attività sovversive dell'industria del tabacco in materia scientifica, economica e politica a livello locale e regionale.

Nello stesso campo l'OMS intraprende un'azione che coinvolge l'insieme delle Nazioni Unite per stabilire il campo di influenza che esercita l'industria del tabacco sulle politiche mondiali per la sanità e lo sviluppo.

Gli attivisti riunitosi in California si sono incontrati due giorni a porte chiuse con il Dr. Jeffrey Vigan per trovare i mezzi migliori per diffondere le informazioni confidenziali e per metterle nelle mani di coloro che hanno il potere di agire in maniera decisiva sulla sanità pubblica.

C) Secondo incontro del Gruppo di Lavoro per lo Schema di Convenzione sul Controllo del Tabacco

L'incontro (27-29 marzo 2000) ha lo scopo di individuare i parametri iniziali di quella che sarà, come già detto, la prima Convenzione dell'OMS sulla sanità pubblica.

Durante l'incontro il Direttore Generale, il Dr. Gro Harlem Brundtland ricorda che il dibattito globale sul tabacco è già iniziato da tempo.⁷⁶

Gli Stati Membri sono ansiosi di analizzare i danni del tabacco sugli individui e sui governi e sono ugualmente desiderosi di agire su questa realtà. Ogni morte causata dal tabacco è evitabile: questa è la sfida.

Il Direttore Generale espone il primo elenco di possibili opzioni per la Convenzione sul Controllo del Tabacco che la storia ricorderà come il contributo dell'OMS all'eliminazione di un pubblico disastro sanitario che uccide, in qualche parte del mondo, ogni otto secondi. Questo problema, già evidenziato nel primo incontro, è ora in via di soluzione sperando che l'attuale generazione sia l'ultima a dover affrontare questo flagello senza scampo.

Il compito è molto gravoso ma le difficoltà sono insignificanti rispetto alla minaccia per salute che viene dal consumo e dal commercio del tabacco. Risulta chiaro che l'informazione ha gravemente sottovalutato il tributo globale di morte dovuto al tabacco. Nuove notizie dall'India e dalla Cina indicano che il tabacco uccide più adulti di quanto si credesse. Nuovi dati dal Brasile, Sud Africa, Zimbabwe, Oman, Egitto, Cina e India dimostrano quanto frequente sia l'uso del tabacco tra i giovani e quanti neonati e bambini siano danneggiati dall'esposizione al fumo passivo.

Si prevede di chiarire molti aspetti del problema entro l'ottobre del 2000 e di presentarli alle Negoziazioni intergovernative programmate per tale data.

Tale compito non sarà facile per l'OMS e neppure per gli Stati Membri. In passato tale lavoro ha portato l'Organizzazione in terreni inesplorati e pericolosi. Se si considera che gli ostacoli nascono più dall'ignoranza sul tabacco piuttosto che da un intento preciso, si ha sempre maggiore consapevolezza della natura multisetoriale della risposta necessaria per offrire al mondo un accordo praticabile e veramente efficace per la salute.

La futura Convenzione è un processo politico al servizio della salute pubblica. Come tutti i processi politici la chiave del successo sta in un approccio globale, nella trasparenza e chiarezza dell'obiettivo finale.

Non solo a Ginevra, ma in tutte le Regioni dell'OMS, si è ben radicata la logica di questo progetto di Convenzione e i governi si consultano tra loro o consultano l'Organizzazione stessa alla ricerca di soluzioni. Un meeting di parlamentari si è tenuto in Africa; una mobilitazione antitabacco si sta facendo strada in Asia; in tutti gli Stati delle Americhe si istituiscono commissioni nazionali con il compito di formulare posizioni e proposte rispetto alla FCTC; direttive dell'Unione Europea sulla pubblicità del tabacco e prodotti affini circoscrivono sempre di più la promozione, la diffusione e l'uso del tabacco. L'elenco è lungo e crescente.

Le Nazioni Unite e le istituzioni Bretton Woods sono ora seriamente impegnate in questa battaglia per salvare vite e finanze. La creazione da parte del Segretario Generale delle Nazioni Unite di un'Interagenzia Task Force *ad hoc* sotto la leadership dell'OMS ha significativamente ampliato le opportunità per una collaborazione multisetoriale all'interno del sistema delle Nazioni Unite. Sotto l'ombrello di questa Task Force ha preso avvio il lavoro tecnico relativo alla FCTC.

⁷⁶ www.who.int

Una riunione avvenuta nel marzo del 2000 a Roma ha evidenziato nuove aree di cooperazione tecnica tra l'OMS e l'Organizzazione Mondiale del Commercio (WTO, World Trade Organization), finalizzata ad identificare i punti di sinergia fra gli accordi della WTO e la FCTC.

Dall'inizio di questo processo la conoscenza globale sull'argomento si è notevolmente allargata. La FCTC si occuperà di regolamentare l'intera area dei prodotti del tabacco. In risposta ad un incontro ad Oslo organizzato dall'OMS nel febbraio del 2000 si è creato lo Scientific Advisory Committee sulla regolamentazione dei prodotti del tabacco.

Procedendo nelle negoziazioni si amplieranno notevolmente le conoscenze sull'argomento.

I fatti indicano che molti coltivatori di tabacco, compresi i braccianti, perdono il loro lavoro perché cambia la tecnologia e che le fusioni delle multinazionali di tabacco portano a cambi di strategia nella direzione auspicata dall'OMS. Questo cambiamento richiederà parecchie decadi. Senza cambiamenti nell'attuale consumo di fumo, ci saranno purtroppo quasi 400 milioni di fumatori in più entro il 2020 rispetto ad oggi, non solo rimanendo costante ma addirittura aumentando la richiesta di sigarette entro quella data.

L'Organizzazione per l'Alimentazione e l'Agricoltura analizza regolarmente il potenziale impatto socio-economico sui Paesi produttori di una riduzione globale a lungo termine della richiesta di tabacco. L'OMS è in contatto con le organizzazioni che rappresentano i lavoratori e coltivatori del tabacco per definire la necessità di un pubblico intervento.

Oggi nel mondo si contano 1,2 bilioni di fumatori. Lo scopo è di invertire questa tendenza e prevenire le generazioni future dal diventare vittime del tabacco. In caso di successo si potrebbe prevedere un bilione di fumatori in meno entro il 2020.

La dimensione transnazionale dell'epidemia del tabacco diffusa nei vari Paesi richiede soluzioni che riflettono la natura globale del problema. Ciò deve incoraggiare l'applicazione delle leggi nazionali esistenti, oltre che fornire strumenti globali atti a proteggere le generazioni future. Pubblicità e contrabbando non sono problemi che i Paesi possono affrontare isolatamente.

Per questo si invitano tutte le parti interessate a collaborare a questi obiettivi di salute pubblica in maniera costruttiva. Entro l'ottobre del 2000 l'OMS terrà la sua prima

udienza pubblica sulla FCTC, la prima nella storia dell'OMS. Tutte le parti interessate dovranno presentare commenti scritti e dichiarazioni e materiale di base rilevante. Successivamente all'udienza l'OMS inviterà tutte le parti interessate a presentare relazioni scritte in risposta alle suddette documentazioni. Tutte le proposte e le documentazioni verranno inserite in una raccolta pubblica (record) e messe a disposizione dei delegati per le negoziazioni sulla FCTC. In questo modo il dibattito rimane di pubblico dominio.

6.3 REGOLAMENTI INTERNAZIONALI

Fino ad oggi sono stati adottati dall'Assemblea due regolamenti in ottemperanza all'art.21 del Trattato istitutivo, il "Regulations n.1" e il "Regulations n. 2"

A) Nomenclature Regulations

Il "Regulations n.1" fu adottato dalla Prima Assemblea con il nome di "Nomenclature Regulations" nel 1948, e riguarda la nomenclatura sulle malattie e le cause di morte, con obiettivi di comparazione. Tale regolamento è stato aggiornato più volte. Esso riveste un'importanza storica, in primo luogo perché costituisce una guida per gli Stati Membri nel redigere statistiche sulla morte e morbilità in relazione alla causa, all'età e al sesso nelle diverse aree territoriali. I Paesi potranno adottare un modello di "certificato medico" sulle cause di morte che indicherà chiaramente i fattori che hanno portato alla morte. In secondo luogo, il Regolamento costituisce un nuovo orientamento nel diritto internazionale diretto alla formulazione di obblighi tra gli Stati senza la firma e la ratifica tipica dei trattati formali (principio del contracting out).

B) International Health Regulations

Il "Regulations n.2" è stato adottato dalla Quarta Assemblea nel 1951 e prende il nome di "Regolamento Sanitario Internazionale". L'adozione di questo regolamento fu particolarmente significativa con riguardo agli sforzi compiuti nello stesso settore dalla Conferenze Sanitarie Internazionali prima della creazione dell'OMS. Queste conferenze si occupavano principalmente di:

- rimuovere gli ostacoli al commercio ed ai trasporti internazionali

- assicurare la difesa dell'Europa contro le pestilenze. Le Convenzioni Internazionali Sanitarie allora in vigore erano state redatte in tempi diversi, ognuna in vista di uno specifico obiettivo. Nessuna sostituì completamente le precedenti poiché i diversi Paesi aderivano a convenzioni o gruppi di convenzioni differenti.

Uno dei compiti della Prima Assemblea fu di sostituire questa molteplicità di convenzioni con un singolo codice basato su principi epidemiologici moderni secondo l'art.21 dell'atto costitutivo. La prima Assemblea istituì un Comitato di Esperti sull'Epidemiologia Internazionale e Quarantena incaricato della revisione delle convenzioni esistenti (quella del 1926-1944 sulla Navigazione Marittima, quelle del 1933-1944 sulla Navigazione Aerea ed altre di minore importanza). La stesura dei Regolamenti Sanitari Internazionali preparata dal Comitato fu sottoposta nel 1950 a tutti gli Stati Membri per osservazioni. Un Comitato Speciale istituito dalla Terza Assemblea ne rivide la stesura, il cui testo finale venne quindi adottato dalla Quarta Assemblea quale "International Sanitary Regulations". Più volte emendato è stato fatto oggetto di una nuova disciplina nel 1969 che sostituisce quella precedente e prende il nome di "International Health Regulations". Nel 1981 è stato adottato un regolamento addizionale che modifica quello del 1969 per escludere il vaiolo dalla lista delle malattie. Il nuovo Regolamento è entrato in vigore il 1 gennaio del 1982 e, quindi i Paesi da esso vincolati non possono pretendere il certificato di vaccinazione antivaiolosa dai viaggiatori.

Mentre le International Sanitary Regulations furono introdotte per aiutare il controllo ed il monitoraggio di quattro gravi malattie che avevano una significativa potenzialità di diffondersi tra i Paesi, gli obiettivi dell'International Health Regulations sono⁷⁷:

- individuare, ridurre o eliminare le fonti dalle quali le infezioni si propagano
- migliorare le misure igieniche negli e intorno agli aeroporti
- prevenire la disseminazione di vettori.

Questi obiettivi richiedono una collaborazione internazionale nell'individuazione e riduzione delle fonti dalle quali le infezioni si propagano, piuttosto che sforzi per prevenire l'introduzione delle malattie attraverso barriere legalistiche che negli anni si sono dimostrate inefficaci. Ultimamente, comunque, il rischio che un agente infettivo si stabilisca in un Paese è determinato dalla qualità dei servizi

epidemiologici e in particolare dall'attività quotidiana di sorveglianza sulla sanità pubblica e sulle malattie e dalla capacità di approntare pronte ed efficaci misure di controllo.

Il Regolamento copre tutti i mezzi di trasporto internazionale: navi, aerei, treni e veicoli su strada. Esso tratta delle condizioni sanitarie da mantenersi e delle misure da adottare contro le malattie nei porti ed aeroporti aperti al traffico internazionale, come pure dei documenti e costi sanitari. Il regolamento deve conciliare due opposte esigenze: circoscrivere le malattie, cercando di limitarne la diffusione senza d'altronde elevare eccessive barriere agli scambi internazionali. Esso contiene provvedimenti generali circa le procedure e le misure sanitarie, nonché provvedimenti speciali relativi alle singole malattie da quarantena: peste, colera, febbre gialla, vaiolo, tifo petecchiale e febbre petecchiale. I modelli dei documenti sanitari che interessano i vari Stati sono elencati come appendice al Regolamento (certificati di vaccinazione, certificato di derattizzazione o esenzione da derattizzazione, dichiarazioni igieniche per navi ed aerei).

Poiché il funzionamento effettivo della quarantena internazionale richiede informazioni complete, affidabili ed aggiornate sulla comparsa, presenza e termine delle malattie in quarantena, il Regolamento impone alle amministrazioni sanitarie nazionali di notificare all'OMS la comparsa di una malattia da quarantena nel territorio e di trasmettere rapporti supplementari se la malattia persiste. I dati ricevuti vengono trasmessi dall'OMS a tutti i Paesi attraverso bollettini radiofonici giornalieri da Ginevra. Inoltre l'OMS pubblica la "Weekly Epidemiological Record" contenente, oltre alle denunce delle malattie da quarantena, informazioni circa l'applicazione del diritto sanitario internazionale ed informazione epidemiologica.

Il Comitato sulla Quarantena Internazionale ha il compito di esaminare annualmente l'applicazione del Regolamento di Sanità Internazionale e di raccomandare gli emendamenti necessari o norme addizionali sulle malattie non previste nel Regolamento.

Non c'è regolamento che possa prevedere l'eventualità di ciascuna malattia e in certi casi malattie e condizioni diverse da quelle contenute nel Regolamento di Sanità Internazionale potrebbero preoccupare le autorità sanitarie nazionali e i viaggiatori. Ovviamente l'International Health Regulations non può riferirsi specificatamente a

⁷⁷ www.who.int

malattie non note al momento della sua ultima revisione. Questo è il caso della sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS). Ciò nonostante la richiesta per un certificato di negatività all'anticorpo HIV (AIDS - Free Certificate) è contrario al regolamento poiché l'art.81 stabilisce che “nessun documento sanitario diverso da quello previsto dal regolamento può essere richiesto per il traffico internazionale”.⁷⁸

Il Regolamento ha la caratteristica di essere continuamente aggiornato allo scopo di adeguarsi al controllo delle malattie infettive di importanza internazionale dal momento in cui si è entrati nel XXI secolo.

Gli obiettivi di questa continua revisione sono⁷⁹:

- facilitare la sorveglianza epidemica e le attività di controllo a tutti i livelli, nazionale, regionale ed internazionale
- fornire direttive chiare per l'azione verso eventi sanitari internazionali urgenti
- fornire un pratico manuale sulle pratiche migliori.

Nel maggio del 1995 l'Assemblea ha richiesto al Direttore Generale di preparare la revisione del “International Health Regulations”.

Una consultazione informale tenutasi nel dicembre del 1995 concluse che il Regolamento ha adeguatamente osservato e continua ad osservare i principi sui quali esso fu concepito. Tuttavia esso trascura di regolare le procedure per la cura di malattie nuove o riemergenti, specialmente quelle che rappresentano una minaccia internazionale. La consultazione evidenziò che la massima sicurezza contro la diffusione internazionale di malattie che interferiscono, seppur in misura minima, con il traffico ed il commercio internazionale dovrebbe rimanere il principio base dell'ultima revisione del Regolamento Internazionale. Il gruppo raccomandò, *inter alia*, che il regolamento dovesse essere rivisto ed esteso: in particolare, la pratica corrente di riportare immediatamente solo tre malattie specifiche doveva essere sostituita dall'immediata comunicazione all'OMS di determinate sindromi che rappresentano il manifestarsi di malattie di importanza internazionale. Le raccomandazioni del gruppo furono inviate agli Stati Membri per osservazioni. Al loro ricevimento il Direttore Generale stabilirà un incontro con il Comitato sulla Sorveglianza Internazionale per le Malattie Trasmissibili, al fine della revisione del

⁷⁸ www.who.int

⁷⁹ www.who.int

Regolamento. La revisione proposta verrà poi sottoposta all'Assemblea per la sua adozione in applicazione dell'art.21 dell'atto costitutivo.

Nel regolamento in questione è inoltre prevista la possibilità per gli Stati di apporre riserve (già ammessa dall'art.22 del Trattato istitutivo dell'OMS). Esse sono tuttavia sottratte al vincolo dell'accettazione da parte degli altri Stati e invece soggette alla valutazione dell'Organizzazione, che deve esaminarle alla luce del quadro complessivo del Regolamento, decidendo se esse siano accettabili o contrastino con le sue finalità e le sue linee generali. Avrebbero quindi natura di deroghe.

Mentre gli Stati Membri possono avanzare riserve, e quindi svincolarsi da alcuni obblighi, è d'altro canto prevista dall'art.110 del regolamento la possibilità per Stati non Membri dell'Organizzazione di legarsi al sistema normativo delineato dal Regolamento. A norma del secondo comma dell'art.110 del Regolamento, questi Stati diventano destinatari di alcune norme del Trattato istitutivo. In particolare ad essi si applicheranno l'art.23 (l'Assemblea può rivolgere loro raccomandazioni), l'art.33 (accesso del Direttore Generale ai dipartimenti nazionali) e gli artt. 62, 63 e 64 (impegno ad indirizzare all'OMS rapporti, testi normativi nazionali e statistiche). L'OMS dispone anche della possibilità, a norma del Regolamento, di regolare ed appianare questioni e dispute in materia di quarantena: è un caso di potere "quasi giudiziario", tipico di alcuni istituti specializzati.

6.4 RACCOMANDAZIONI

L'OMS ha iniziato la propria attività in materia di nomenclatura, norme e standard: le pubblicazioni risultanti da questa attività normativa sono riconosciute come scientificamente autoritative, ma non sono adottate come regolamenti sulla base degli artt. 21 e 22 del Trattato istitutivo, nonostante l'art.21 lett. b, c, d si riferisca espressamente alle nomenclature ed agli standard.

Nel 1951, un Comitato di Esperti compilò il primo volume di Farmacopea Internazionale che fu pubblicato contemporaneamente in inglese, francese ed anche spagnolo: il suo "status" è quello di raccomandazione. Contiene le caratteristiche delle proprietà chimiche e fisiche, i test di identificazione, i limiti consentiti di impurità, e i metodi di analisi di 199 preparativi farmaceutici. Esso definisce inoltre i

controlli ed i metodi riportati nelle istruzioni e negli elenchi delle preparazioni per le dosi normali e massime per adulti. La seconda edizione è del 1967.

Un Manuale di Classificazione Statistica Internazionale di Malattie, Infortuni e Cause di Morte è stato pubblicato nel 1957. La decima revisione è stata pubblicata in inglese nel 1992 ed in francese nel 1993.

Una lista aggiornata di standard e di preparazioni di riferimento internazionali è allegata ad ogni relazione del Comitato di Esperti sulla Standardizzazione Biologica. Gli obiettivi di questo programma sono: fornire il medico professionista di prodotti biologici di comprovata efficacia; offrire alle autorità sanitarie standard per valutare la validità dei farmaci sul mercato e per semplificare il compito dei produttori mettendoli in grado di esprimere la potenzialità dei prodotti d'esportazione nelle unità internazionali riconosciute.

Infine l'OMS ha pubblicato linee guida non vincolanti in diversi campi. Ad esempio l'Assemblea ha siglato nel 1988 un insieme di Criteri Etici per la Promozione dei Prodotti Farmaceutici. Nel 1992 l'Assemblea ha approvato le linee guida sullo schema di Certificazione dell'OMS sulla Qualità dei Prodotti Farmaceutici destinati al Commercio Internazionale. Nel 1993, CIOMS ed OMS hanno pubblicato le Linee Guida Etiche Internazionali per la Ricerca Biomedica sull'Uomo. Nel 1997 l'OMS ha distribuito linee guida modello agli Stati Membri per favorire le donazioni internazionali di medicine essenziali contenenti sostanze narcotiche o psicotrope necessarie a trattare le vittime di disastri naturali od indotti.

In questi ultimi 50 anni l'OMS ha definito più di 200 standard biologici. Non si dovrebbe sottovalutare l'importanza delle attività dell'OMS in materia di regolamentazione dei prodotti farmaceutici e biologici - vaccini, farmaci, prodotti del sangue ed ormoni -. Vengono scoperte incessantemente nuove sostanze isolate dai tessuti umani mentre nello stesso tempo vengono individuati nuovi medicamenti e vaccini, frutto della ricerca e dello sviluppo. Per facilitare i lavori sugli standard e sulle norme, l'OMS ha creato una rete internazionale di scienziati di prim'ordine e laboratori nazionali selezionati per qualità.⁸⁰

Tutti beneficiano di standard e di norme dell'OMS: i produttori, che possono dimostrare l'efficacia con l'aiuto di unità internazionali riconosciute; i medici ed i loro pazienti dal momento che essi possono aver fiducia in prodotti biologici dei

quali è dimostrata l'efficacia; le autorità della sanità nazionali, posti così in grado di valutare facilmente i farmaci e i vaccini immessi sul mercato.

Con la mediazione della Commissione del Codex Alimentarius, organismo intergovernativo incaricato di elaborare norme internazionalmente accettate per le derrate alimentari, l'OMS e la FAO hanno stabilito: 237 norme relative agli alimenti; 41 manuali sull'igiene e sulle tecniche; 3350 limiti massimi riguardanti pesticidi e altre sostanze contaminanti alimentari ; 760 norme sugli additivi alimentari. Le norme, le direttive e le altre raccomandazioni emanate dalla Commissione del Codex fungono da riferimento internazionale per l'Organizzazione Mondiale del Commercio, il che facilita l'intensificazione di scambi internazionali di derrate alimentari il cui valore nutritivo e sicurezza sono garantiti.

A) Codice Internazionale per il Commercio dei Sostituti del Latte Materno

Nel 1981 l'Assemblea ha adottato il Codice Internazionale per il Commercio dei Sostituti del Latte Materno nella forma di raccomandazione in base all'art.23 del Trattato istitutivo. Contrariamente ad altre attività normative dell'OMS questo esempio particolare di azione normativa si prestò a significative discussioni e controversie: per la prima volta l'azione normativa dell'OMS si è scontrata con importanti interessi commerciali, nel mezzo di una violenta polemica tra Organizzazioni non Governative (ONG), e compagnie multinazionali per l'industria alimentare destinata all'infanzia.

I conflitti che accompagnarono l'adozione del Codice convinsero gli alti funzionari del Segretariato che l'OMS non avrebbe dovuto avviare altri processi di codificazione internazionale per altri programmi di simile natura, che potrebbero provocare un altro confronto, nocivo all'Organizzazione, fra le ONG, industrie interessate e alcuni governi. Le trattative ed i dibattiti che hanno preceduto l'adozione del codice hanno coinvolto anche Organizzazioni non Governative.

B) L'adozione del Codice come raccomandazione

La controversia iniziò nel 1969. Un gruppo di lavoro del Gruppo del Consiglio della Proteina del Sistema delle Nazioni Unite (Protein Advisory Group, PAG) si riunì a

⁸⁰ Communiqué de Presse OMS 50/5, mars 1998

Bogotà per rivedere le condizioni della nutrizione infantile, in utero e durante il primo mese di vita, in varie zone del Terzo mondo. Specialisti provenienti dalle università, dai governi o dall'industria che si incontrarono in quella occasione si trovavano di fronte al medesimo problema: c'era un declino nell'allattamento al seno, senza una chiara indicazione delle sue cause. Esisteva comunque un consenso sul fatto che la promozione troppo energica dei sostituti del latte materno giocava un ruolo importante in questo fenomeno. I partecipanti al Protein Advisory Group (PAG) provarono a trovare un terreno per un accordo diretto ad evitare le discutibili pratiche commerciali. Tutti i partecipanti concordavano su due punti:

- la superiorità dell'allattamento al seno
- l'alta qualità dei prodotti sostitutivi offerti dall'industria.

Il gruppo di lavoro del PAG si incontrò nuovamente a Parigi nel 1972 e pubblicò le sue conclusioni in un documento chiamato “Dichiarazione 23” che ha definito precisamente le responsabilità dei governi e dell'industria nel combattere contro il progressivo declino dell'allattamento al seno. Prevalse uno spirito di cooperazione e fu avanzata la proposta di iniziare duraturi sforzi in questa direzione. I rappresentanti delle industrie furono però troppo lenti nell'agire e persero una grande occasione per cooperare con le agenzie delle N.U. in un settore che li riguardava direttamente. Il dibattito si fece più serrato nel 1973, quando il “Nuovo Internazionalista” pubblicò un articolo che riguardava direttamente i sostituti del latte materno venduti da grandi compagnie, compresa la Nestlé: la copertina dell'articolo mostrava la tomba di un bambino sulla quale era posata una bottiglia vuota di nutriente e la confezione di “Lattogeno”, un prodotto della Nestlé. Il Nuovo Internazionalista, sponsorizzato da tre Organizzazioni non Governative, Oxfam, Aiuto Cristiano, e il Primo Terzo Mondo, accusava i produttori di vendere prodotti di scarsa qualità nel Terzo Mondo, di trascurare la formulazione di istruzioni chiare alle madri analfabete, di travestire le commesse da infermiere per vendere i loro prodotti a qualsiasi prezzo alle giovani madri.

Il dialogo si interruppe totalmente quando Mike Muller, un giornalista inglese che lavorava per l'organizzazione umanitaria War on Want, rese pubblica durante una conferenza stampa a Londra la relazione sulla discussione che egli ebbe con i rappresentanti della Nestlé. Il titolo della sua relazione – Nestlé, Killer dei Bambini – sintetizzava in maniera provocatoria l'idea di fondo del suo autore: la promozione dei

sostituti del latte materno ha una diretta incidenza sulla malnutrizione infantile nel Terzo Mondo. Era pertanto necessario “decommercializzare” tutti i sostituti del latte materno, ed anche cancellare le istruzioni necessarie per un corretto uso dei prodotti. Lo Svizzero “Dritte Welt Arbeitsgruppe” (Gruppo di lavoro del Terzo Mondo) modificò la pubblicazione della “War on Want” e cambiò il suo titolo in “La Nestlé uccide i bambini”. La Nestlé citò per diffamazione il Gruppo che fu condannato a pagare i danni per la diffamazione, dal momento che la “Corte di Berna” non ha ravvisato una relazione causale diretta tra la vendita e la distribuzione del latte in polvere e la morte dei bambini nutriti con i prodotti della compagnia.

Negli anni seguenti le discussioni e i dibattiti aumentarono progressivamente, con un uso intensivo dei mezzi di comunicazione di massa. Alcune delle tappe più significative della crisi furono:

- nel 1975 i produttori crearono una nuova associazione, l’“International Council of Infant Food Industries (ICIFI)”, il cui compito era quello di regolare più efficacemente le loro attività commerciali nel Terzo Mondo e di agire come portavoce tra le industrie in conflitto
- sempre nel 1975 gli attivisti delle Organizzazioni non Governative crearono l’INFACT (Infant Formula Action Coalition) che univa gli individui e le organizzazioni impegnate nella campagna
- ancora nel 1975, iniziò la campagna negli Stati Uniti, con il supporto di qualche organizzazione religiosa che mirava a sensibilizzare parte del ceto medio
- nel 1977 iniziò il boicottaggio lanciato negli Stati Uniti dall’INFACT contro i prodotti della Nestlé
- nel 1978 fu tenuto e trasmesso alla televisione il “Congressional Committee Hearing” presieduto dal Senatore Robert Kennedy che espose di fronte a milioni di telespettatori il conflitto tra gli attivisti e le industrie. Durante le interrogazioni parlamentari venne fatta la proposta di affidare all’OMS l’organizzazione di una conferenza per l’elaborazione di un codice etico di commercio.

Quando l’OMS accettò il mandato, il dibattito aveva ormai raggiunto il più alto livello di faziosità. La controversia mostrava parecchi aspetti paradossali:

- gli slogan mettevano in luce che i produttori avevano iniziato un più rigoroso controllo sulle pratiche di marketing: essi non potevano essere più a lungo accusati di disinteresse come negli anni ‘70

- i dati statistici disponibili erano insufficienti a dimostrare una correlazione scientifica tra il consumo dei sostituti del latte materno e la mortalità infantile
- il dibattito ha progressivamente perso quel carattere tecnico che avrebbe dovuto consentire un dialogo tra specialisti: dalla parte degli attivisti, l'accusa alla Nestlé stava assumendo carattere politico: “il profitto avido della compagnia multinazionale era responsabile della morte di milioni di bambini...”

Nell'ottobre del 1979, l'OMS e l'UNICEF convocarono un Meeting sull'Alimentazione degli Infanti e dei Giovani Bambini al quale intervennero 150 rappresentanti degli Stati Membri dell'OMS, organizzazioni del sistema delle N.U., associazioni professionali, scienziati, industrie di cibo per bambini e Organizzazioni non Governative. Tra queste ultime, INFACT, War on Want, Dritte Welt Arbeitsgruppe, che sono stati gli attivisti più impegnati. Secondo i rappresentanti dell'industria, la neutralità politica della Organizzazione avrebbe dovuto garantire un miglior clima di discussione. Nonostante ciò, fin dall'inizio, essi disapprovavano il documento di lavoro emesso dall'OMS e dall'UNICEF come base della discussione. Questo documento ha recepito le maggiori lagnanze degli attivisti, senza produrre alcun supporto di carattere medico o scientifico, inducendo i rappresentanti delle industrie a redigere un proprio documento. L'incontro molto “burrascoso” portò a conclusioni che riflettevano i differenti punti di vista dei partecipanti, piuttosto che il loro accordo. Il dialogo tra produttori ed attivisti si interruppe nuovamente. Successivamente all'incontro, gli attivisti crearono l'“International Baby Food Action Network” (IBFAN) che univa quei gruppi che intendevano continuare il boicottaggio. Da parte sua, l'ICIFI presentò un codice specifico per i produttori, che dovrebbe facilitare la formulazione di norme nazionali da parte dei governi, o semplicemente servire come guida per le industrie in assenza di una qualsiasi regolamentazione. Una delle raccomandazioni del Meeting del 1979 era di richiedere all'OMS e all'UNICEF di preparare, insieme a tutte le parti interessate, un codice internazionale sul commercio dei sostituti del latte materno. Nel 1980 l'Assemblea aderì alla raccomandazione e richiese al Direttore Generale di preparare un codice internazionale, o nella forma del regolamento, o della raccomandazione. Da maggio a dicembre, vennero discussi quattro progetti: il testo finale era il risultato di numerosi compromessi.

Il principale problema era quello di scegliere tra regolamento o raccomandazione. La prima soluzione avrebbe il vantaggio di costringere i governi a prendere misure adeguate e concrete, ma con il rischio che molti governi rifiutino il regolamento. Dall'altra parte una raccomandazione, meno efficace dal punto di vista giuridico perché non vincolante, era presumibile venisse adottata all'unanimità. Quello che si sarebbe perso in forza giuridica, sarebbe stato compensato dalla forza morale e dal peso di un'adozione unanime. Sarebbe stata inoltre compatibile con la legislazione nazionale degli stati federali o con gli stati che hanno una rigida legislazione anti-trust.

Alla fine, il Consiglio Esecutivo raccomandò all'Assemblea di adottare il progetto di codice come raccomandazione, il che avvenne il 21 maggio del 1981, con 118 voti a favore, 1 contro (gli Stati Uniti) e 3 astensioni. L'unanimità non venne così ottenuta, neppure per una raccomandazione non vincolante.

Molti aspetti di questo caso sono degni di nota:

Primo aspetto: l'OMS è intervenuta in questa occasione in un dibattito che era sia politico, sia scientifico, o forse anche più politico che scientifico. Infatti le discussioni durante il meeting dell'ottobre del 1979 difettavano di basi statistiche e scientifiche. Il problema reale era la differenza tra le visioni politiche delle relazioni tra i Paesi sviluppati ed il Terzo Mondo, tra i produttori nel Nord ed i consumatori nel Sud, e l'eventuale responsabilità dei Paesi e dei produttori del Nord nei confronti dei Paesi del Terzo Mondo. I documenti dati ai partecipanti riflettevano questa differenza.

Inoltre, la campagna orchestrata dalle ONG che parteciparono alle discussioni dava l'impressione che l'obiettivo non fosse la risoluzione dei problemi nutrizionali del Terzo Mondo, ma piuttosto di distruggere l'immagine della alimentazione per l'infanzia. I rappresentanti delle industrie sostenevano che gli attivisti trascuravano il fatto che le madri non avevano abbastanza latte, e non facevano distinzione tra i prodotti commercializzati dalle industrie e i prodotti tradizionali preparati localmente dalle madri stesse, in condizioni igieniche sfavorevoli e con dubbio valore nutritivo.

Secondo aspetto: L'OMS al meeting dell'ottobre del 1979 aveva invitato un certo numero di ONG che non erano state ammesse a rapporti ufficiali con l'Organizzazione, quindi garantendo loro un'insolita rappresentatività e status. Importante il fatto che a questo convegno vennero coinvolti sullo stesso piano vari

gruppi e partecipanti (rappresentanti di governo, scienziati, professionisti sanitari, funzionari del sistema delle N.U.) e che vi parteciparono rappresentanti sia dei Paesi industrializzati sia del Terzo Mondo.

Questo convegno evidenziò che nessun cambiamento duraturo nel campo della nutrizione infantile può essere raggiunto senza la partecipazione dei “privati”.

L’invito delle ONG al convegno e specialmente lo status di piena partecipazione che fu loro attribuita fu un’innovazione significativa ma problematica. Tra queste ONG soltanto due erano state precedentemente ammesse a rapporti ufficiali con l’OMS. Così facendo l’OMS legittimava tutte le ONG invitate a partecipare al convegno. Allo stesso tempo i metodi usati da alcune ONG durante il convegno furono criticati e la loro capacità effettiva di rappresentare i Paesi poveri fu rifiutata.

L’OMS intervenne ufficialmente in un dibattito pubblico, sebbene il ruolo dell’Organizzazione non è quello di arbitrare in dispute essenzialmente ideologiche ma rafforzare servizi sanitari promovendo una cooperazione dinamica tra governi, specialisti nell’ambito sanitario ed industriali, e raccogliere e divulgare consigli su base scientifica sul problema della sanità pubblica.

Si pose la questione se l’OMS avesse il diritto di accettare un mandato in qualità di arbitro in questo dibattito. Mentre il Segretariato dell’OMS non poteva rifiutare un mandato che gli era stato attribuito dai propri organi, esso avrebbe dovuto essere più attento nell’iniziare ulteriori controlli e verifiche sulle richieste delle ONG prima di dare l’impressione di accettare la loro posizione sul fatto che il commercio abusivo era il fattore principale nel calo dell’allattamento materno. Inoltre l’uso improprio dei sostituti del latte materno è probabilmente ricollegabile alla mancanza di igiene adeguata e alle condizioni sanitarie in un certo numero di Paesi del Terzo Mondo ed all’ignoranza di molte madri in fatto di igiene, piuttosto che all’impatto della pubblicità a favore di questi prodotti.

In sostanza è indubbio che vi era la necessità di creare uno strumento internazionale con principi chiari diretti a regolamentare certi metodi di produzione e distribuzione di sostituti di latte materno e simili. Adottando il codice, l’OMS affrontò un problema di salute pubblica che affliggeva molti infanti nel mondo ed in particolare nei Paesi in via di sviluppo. L’efficacia del codice dipenderà dalla sua attuazione da parte degli Stati Membri. Anche se si tratta solo di una raccomandazione, il Codice dimostra la sua efficacia sottolineando il valore fondamentale dell’allattamento

materno, stimolando i produttori a definire le linee guida ed alla formulazione di codici nazionali negli Stati Membri. Le difficoltà affrontate dall'OMS nel periodo precedente l'adozione del codice e la sua adozione quale raccomandazione piuttosto che come regolamento non dovrebbe sottrarre l'attenzione dai benefici reali derivanti dalla adozione del Codice.⁸¹

C) L'allattamento dei neonati e dei bambini: un dibattito ancora acceso

Dal momento dell'adozione del Codice i dibattiti e gli scontri sul problema del Breast-feeding sono continuati incessantemente coinvolgendo esperti, industrie e gente comune.

Il 13-17 marzo del 2000 si è tenuta una Consultazione Tecnica sul problema della nutrizione infantile e neonatale durante la quale l'attuale Direttore Generale, Dr. Gro Harlem Brundtland ha fatto il punto della situazione.⁸²

Obiettivi dell'incontro sono stati :

- valutazione dei punti di forza e di debolezza delle politiche e delle pratiche di allattamento
- esame delle barriere all'attuazione delle politiche attuali
- esame degli interventi chiave per identificare le vie migliori per procedere
- elaborazione della bozza di strategia, che una volta ultimata, fornirà una guida per gli anni futuri

Questo incontro sarà seguito da meeting regionali e nazionali, con i governi e le altre parti interessate.

Gli esperti nei rispettivi campi dovranno individuare la via per:

- il diritto fondamentale ad una corretta nutrizione
- assicurare la libertà dalla fame e dalla malnutrizione in un mondo che ha sia le risorse sia la conoscenza per porre fine a questa catastrofe umana dal momento che la malnutrizione:

- uccide, paralizza, ferma la crescita, storpia e provoca cecità su grande scala mondiale

⁸¹ Y. Beigbeder: International Organization and the Evolution of World Society, Volume 4, The World Health Organization, The Hague/London/Boston, 1998, pp.77-83

⁸² Technical Consultation on Infant and Young Child feeding, www.who.int

- è sia la maggior causa sia l'effetto della povertà e del sottosviluppo, del quale costituisce un indice chiave
- deve essere effettivamente affrontata se si vuole raggiungere uno sviluppo umano e nazionale equo.

Le più gravi forme di malnutrizione arrestano facilmente lo sviluppo più di altre malattie messe insieme e i giovani sono i primi ad esserne gravemente colpiti.

Ogni anno nascono circa 30 milioni di bambini sotto peso, (circa il 24% del totale) il che evidenzia ritardo di crescita intrauterina.

Inoltre circa il 49% dei 10 milioni di morti annuali tra i bambini sotto i cinque anni nei Paesi in via di sviluppo sono imputabili alla malnutrizione.

Affrontando le delibere in materia bisogna tenere presente quanto complesso sia in realtà lo sviluppo di una strategia efficace.

L'OMS, l'UNICEF e i loro partner, in particolare nel sistema delle Nazioni Unite, hanno una notevole esperienza nello sviluppare validi e appropriati approcci globali ai problemi reali, il che porta a miglioramenti tangibili nella salute umana e nella nutrizione. Ci sono numerosi e spesso molto diversi strumenti internazionali strategici che coinvolgono largamente forze politiche e socioeconomiche.

I più efficaci hanno in comune:

- sono stati accuratamente preparati
- traggono beneficio dalla coalizione indispensabile e dal consenso
- si giovano di un senso di appartenenza tra i governi e tra i cittadini-beneficiari.

E' importante che si proceda in questo processo molto gradualmente per arrivare allo sviluppo di una "sistematica e globale strategia, basata sul consenso, sulla alimentazione dei neonati e dei bambini". I passi successivi che il Direttore Generale deve compiere in questo processo sono:

- Riferire i risultati di questa consultazione alla prossima Assemblea Mondiale della Sanità
- fornire, nel 2001 al Consiglio Esecutivo e all'Assemblea una controinformazione proveniente dagli Stati Membri e dalle altre parti interessate sul disegno di una strategia globale per l'allattamento dei neonati e dei bambini
- presentazione nel 2002 del progetto riesaminato sulla strategia globale, dopo un'ulteriore consultazione, al Consiglio Esecutivo e all'Assemblea della Sanità per la discussione, approvazione e decisione.

La preparazione di una strategia globale incisiva è un processo dipendente dalla consapevolezza pubblica e dalla volontà politica. E' possibile oggi contribuire al flusso della storia umana migliorando la nutrizione infantile e la salute aiutando così ad apportare durevoli benefici ai bambini e alle madri di domani.

Questo sarà possibile soltanto se la comunità internazionale riconosce ciò che è necessario per la formulazione di una strategia globale di successo e per la sua realizzazione. Entrambe dipendono da:

- un approccio ascendente dove i Paesi e i cittadini “hanno una propria strategia” poiché è loro diritto, dal momento che sono stati coinvolti fin dall’inizio nello sviluppo e nell’adeguamento della stessa secondo le loro necessità specifiche. La visibilità è indispensabile e occorrono politiche nazionali coerenti che si occupino dell’alimentazione neonatale e dell’infanzia sotto molti aspetti.
- I principali protagonisti, ossia governi e società civile uniti, devono fare quadrato intorno a questo processo e presentare proposte concrete.
- un consenso internazionale deve essere raggiunto dagli organi direttivi dell’UNICEF e dell’OMS.
- l’assistenza internazionale e il sostegno, solidamente basati sulla migliore evidenza scientifica ed epidemiologica, devono essere garantiti conformemente ai mandati complementari dell’OMS e dell’UNICEF.

In soli otto anni l’Iniziativa Ospedaliera Amici dei Bambini (Baby Friendly) è stata in grado di nominare quali “baby friendly” 16000 istituzioni in sedici Paesi sulla base dei criteri internazionali riconosciuti.

Il Direttore generale auspica una maggiore attenzione sul marketing e in generale sulle fonti alimentari e sollecita tutte le parti interessate - governi, Organizzazioni non Governative, gruppi professionali, produttori e distributori - a adempiere alle responsabilità assunte. Sottolinea inoltre quanto importante sia concentrare l’attenzione sulle forze sociali, sia tradizionali sia moderne, che possono portare a interruzioni premature di allattamento materno o a consentire l’allattamento artificiale, che potrebbe da eccezione diventare regola.

Il Direttore Generale conclude evidenziando una doppia minaccia nei Paesi ad alta diffusione di HIV/AIDS: la minaccia di trasmissione della malattia in caso di allattamento materno e la minaccia di morte se il bambino non è allattato dalla madre. Su questo punto occorrono ancora ricerche e approfondimenti.

6.5 UNA CODIFICAZIONE FALLITA: IL PROGRAMMA DI AZIONE SUI FARMACI ESSENZIALI

Nel maggio del 1978, l'Assemblea ha osservato che gran parte della popolazione mondiale non poteva accedere ai farmaci e vaccini essenziali, indispensabili per garantire l'effettiva tutela della salute. L'Assemblea invitò gli Stati Membri, *inter alia*, ad emanare una normativa che riguardasse la registrazione dei farmaci, l'uso e le prescrizioni con nomi generici, il controllo della informazione sui farmaci e la regolamentazione dei prezzi. L'Assemblea richiese al Direttore Generale di intavolare un dialogo con le industrie farmaceutiche al fine di studiare come determinare i prezzi dei prodotti farmaceutici e le eventuali strategie per ridurre tali prezzi, includendo l'elaborazione di un codice di commercializzazione, con particolare attenzione ai prodotti farmaceutici essenziali per la popolazione dei Paesi in via di sviluppo.

Un nuovo codice sul commercio avrebbe potuto essere adottato dall'Assemblea sotto forma di regolamento sulla base dell'art.21 dell'atto costitutivo, oppure come raccomandazione ai sensi dell'art.23, come il Codice Internazionale di Commercio dei Sostituti del Latte Materno. L'art.21 consente all'Assemblea di adottare regolamenti che riguardano “gli standard di purezza, sicurezza, e delle caratteristiche dei prodotti biologici, farmaceutici ed affini presenti nei flussi internazionali”. Attraverso la Risoluzione WHA31.32 l'Assemblea si opponeva direttamente agli interessi delle multinazionali farmaceutiche, e continuava a proporre un processo di codificazione.

Il Direttore Generale, dopo la prima sgradevole esperienza di codificazione, scelse la strada delle consultazioni con l'industria e di evitare confronti con i produttori e parecchi Paesi Occidentali. In particolare gli Stati Uniti avrebbero rifiutato categoricamente ogni tentativo di creare un nuovo regolamento internazionale a causa dei loro principi sul libero mercato, e naturalmente per difendere gli interessi delle imprese Americane interessate.

Il Dr. Mahler ha osservato: “*mai nella mia lunga carriera nell'OMS ho avuto modo di sperimentare tanta patologia sociale attorno ad un incontro, patologia che ha minacciato l'esistenza stessa dell'Organizzazione...pressioni e contro pressioni, disinformazione scandalosamente distorta, sospetti apertamente manifestati da un*

gruppo interessato a che l'OMS fosse venduta all'altro e viceversa...Infine ha prevalso il buon senso".

A partire dal 1986, dopo aver approvato una nuova strategia sui farmaci, l'Assemblea non si indirizzò più verso la formulazione di un codice sulle pratiche commerciali. Attraverso le sue risoluzioni, l'Assemblea appoggiò il ruolo del Programma di Azione sui Farmaci Essenziali e il sostegno dell'OMS ai Paesi nella formulazione, realizzazione e nella determinazione delle politiche e dei programmi nazionali sui farmaci. La realizzazione del Programma iniziava ad essere trasferito dal livello internazionale a quello nazionale.⁸³

6.6 RIFLESSIONI SULLE FUNZIONI NORMATIVE DELL'OMS

La maggior parte delle attività di regolamentazione dell'OMS sono state condotte con procedure non vincolanti e poco formali, mediante l'adozione di raccomandazioni ai sensi dell'art.23 o mediante l'adozione di risoluzioni o la promulgazione di standard tecnici o linee guida, normalmente predisposte da esperti. Nessuna Convenzione è stata ancora approvata dall'Assemblea e soltanto due Regolamenti sono stati adottati.

Il rapporto sul "Ventennale dell'OMS" trovò tale pratica adeguata dove questioni di reciprocità non sono predominanti, dal momento che offre vantaggi di flessibilità, il che permette alla procedura la possibilità di essere modificata o adottata senza l'osservanza di formalità particolari.

Fluss e Gutteridge hanno detto:

“Varie ragioni sono state avanzate per questo apparente fallimento della tecnica di regolamentazione internazionale nel campo della salute. Queste comprendono la finalità limitata dell'art.21, rispetto alla enunciazione generale delle funzioni dell'OMS dell'art.2, le difficoltà relative alla formalizzazione di requisiti tecnici in un settore in continua evoluzione, il costo di mantenimento dei servizi centrali per l'amministrazione degli strumenti legali vincolanti, l'assenza di requisiti di reciprocità in molti casi, la riluttanza dell'Organizzazione nell'indulgere a ciò che potrebbe essere chiamato "l'artefice della scienza ufficiale", (una riluttanza condivisa dalle organizzazioni sanitarie precedenti ed esemplificata dal rifiuto, avvenuto nel

1955, della Assemblea Mondiale della Sanità di approvare un vaccino sulla poliomielite) e il diverso sviluppo scientifico e tecnologico degli Stati ”.

Taylor afferma che l'assenza di regolamentazione e di controlli da parte dell'OMS non è solamente una conseguenza delle politiche e degli obiettivi delle coalizioni dominanti dell'Organizzazione o degli Stati Membri che forniscono i finanziamenti base:

“Piuttosto, la tradizionale riluttanza dell'OMS nell'impiego del diritto e delle istituzioni giuridiche come strumenti per facilitare le proprie strategie sanitarie è in gran parte attribuibile alle dinamiche interne ed alle politiche dell'Organizzazione stessa. Questa riluttanza deriva, in gran parte, dalla cultura conservatrice della categoria professionale medica predominante...Il concreto avanzamento di un progetto di legge può avere un impatto molto limitato, seppur molto significativo nel motivare i leaders nazionali a rivedere le priorità ed eventualmente a orientare alcune risorse nazionali al settore sanitario, in particolare al settore della assistenza sanitaria primaria”.⁸⁴

Il progetto Nordico delle Nazioni Unite ha osservato nel 1991 che l'importanza della normativa tradizionale, i compiti di ricerca e di informazione delle maggiori agenzie specializzate compresa l'OMS erano stati ridotti: una delle raccomandazioni principali fu di rafforzare il loro ruolo normativo: tale rapporto riconosce che il sistema delle Nazioni Unite ha in questo contesto non soltanto un vantaggio comparativo, bensì un vantaggio assoluto. Grazie all'adozione di norme nei settori specializzati e all'efficace monitoraggio della loro attuazione, le agenzie delle Nazioni Unite potrebbero dare un contributo inestimabile all'incremento degli standard di vita nel mondo e alla promozione dei diritti umani.

L'OMS si trova di fatto nella posizione unica e privilegiata di estendere il suo ruolo normativo, finalizzato al suo obiettivo globale e al suo accesso alle fonti più aggiornate della ricerca e della conoscenza medico scientifica. Se questo ruolo possa essere svolto con maggiore efficacia mediante l'adozione di una convenzione, di un regolamento o di una raccomandazione dipende dal problema specifico che viene trattato. Ogni scelta ha i suoi limiti. Le raccomandazioni e le linee guida sono

⁸³ Y. Beigbeder: *International Organization and the Evolution of World Society*, Volume 4, The World Health Organization, The Hague/London/Boston, 1998, pp.83-84

⁸⁴ A.L. Taylor. *Making the World Health Organization work*. *American Journal of Law and Medicine*, 1992, pp. 303,346

generalmente più gradite ai governi, ma potrebbero essere ignorate o trascurate quali semplici esortazioni.

I regolamenti vincolanti o le convenzioni devono essere rispettati ed eventualmente sottoposti a monitoraggio internazionale.

In ultima analisi gli Stati Membri decideranno se il ruolo normativo dell'OMS debba o non debba essere ulteriormente esteso e quale tipo di strumento normativo sia più appropriato al caso specifico. Ciò nonostante in un'agenzia specializzata delle Nazioni Unite il ruolo del Direttore Generale e del Segretariato è fondamentale: essi hanno la responsabilità primaria di fare proposte innovative, dibattiti guida e di influire sulle decisioni degli organi direttivi nella direzione verso la "Salute per Tutti" ed accrescere così la credibilità dell'Organizzazione.

Per i suoi sostenitori l'OMS dovrebbe essere la "coscienza normativa" del mondo: di qui la necessità di rafforzare ed aggiornare le sue funzioni normative globali.⁸⁵

6.7 IL RUOLO DEL DIRITTO INTERNAZIONALE A FAVORE DELLA "SALUTE PER TUTTI" NEL XXI SECOLO

Il diritto Internazionale, nel corso di una lunga storia di Conferenze Sanitarie Internazionali, di diplomazia sanitaria internazionale e di discussioni, ha agevolato la creazione di organizzazioni sanitarie internazionali. Basata su di una comprensibile ed innovativa serie di poteri legali, l'OMS ha dato il mandato, tra le altre cose, di sviluppare il Regolamento di Nomenclatura ed il Regolamento di Sanità Internazionale. Comunque, come conseguenza del predominio dell'ethos medico-tecnico, consolidato dal rapido progresso scientifico, il problema salute è stato affrontato come una limitata sfida medico – tecnica piuttosto che mediante approcci più ampi, come il diritto internazionale quale strumento per l'azione collettiva. Confrontata per esempio con il diritto internazionale dell'ambiente, l'azione globale sulla salute basata su strumenti normativi internazionali è minima.

I cambiamenti nello scopo, nella sostanza e nei metodi che hanno caratterizzato il diritto internazionale dal 1945, sottolineano l'importanza dei regolamenti internazionali e dello sviluppo degli standard internazionali. Sono emersi molti

⁸⁵ Y. Beigbeder: *International Organization and the Evolution of World Society*, Volume 4, The World Health Organization, The Hague/London/Boston, 1998, pp.84-85

problemi che richiedono l'intervento del diritto internazionale, come la pandemia dell'AIDS ed i diritti umani, la revisione del Regolamento di Sanità Internazionale, le malattie infettive emergenti e la preparazione della Convenzione sul Controllo del Tabacco. Sebbene ci siano sostanziali impegni attraverso le iniziative internazionali dell'OMS, diverse aree specifiche richiedono l'attenzione normativa dell'OMS: standard per prodotti biologici, farmaceutici e simili, il commercio internazionale del sangue e degli organi umani, xeno trapianti, abuso di antimicrobici, servizi e prodotti sanitari su Internet, salute globale e commercio.

Nei prossimi decenni, è necessario che l'OMS costruisca una capacità giuridica internazionale all'interno dell'organizzazione e stabilisca una nuova rete di esperti in modo da creare una "comunità epistemica" di diritto sanitario internazionale. L'OMS dovrà guidare tale comunità garantendo che gli sviluppi del diritto internazionale siano integrati e coordinati nella struttura della legislazione nazionale.⁸⁶ Di conseguenza il concetto globale di giurisprudenza sanitaria sarà capace di sviluppare un insieme di regole, principi, approcci e procedure tali da permettere al diritto di sostenere la sanità pubblica internazionale. I processi attuali di riforma dell'OMS costituiscono per l'Organizzazione stessa un'eccellente opportunità di esplorare e rafforzare il proprio approccio alla sanità internazionale.

⁸⁶ David Fidler: The future of the World Health Organization. *Vanderbilt Journal of Transnational Law*, 1998, pp.1079-1080

Capitolo 7: RICERCA, EDUCAZIONE, FORMAZIONE E INFORMAZIONE

7.1 PROGRAMMI DI RICERCA

A) L'impiego di risorse nazionali

Una delle funzioni dell'Organizzazione è quella di “promuovere e condurre la ricerca nel campo della salute”. Essa dovrebbe anche promuovere la cooperazione tra i gruppi scientifici e professionali che contribuiscono alla promozione della salute (ai sensi dell'art.2 lett. n e j dell'atto costitutivo)⁸⁷. Riconoscendo che la ricerca e il coordinamento della ricerca fanno parte delle funzioni essenziali dell'OMS, nel 1949 l'Assemblea decise che la ricerca avrebbe dovuto trovare sostegno nelle istituzioni nazionali esistenti e che l'Organizzazione non avrebbe dovuto prendere in considerazione, allo stato attuale, la creazione di istituzioni internazionali di ricerca. L'Organizzazione inizialmente doveva giovare della ricerca portata avanti dagli esperti nazionali, ed incoraggiare od anche guidare, con consulenze e sovvenzioni, i programmi di ricerca dei laboratori nazionali o i centri di informazione. L'OMS non doveva quindi inizialmente finanziare proprie attività di ricerca. L'elenco del gruppo di esperti stilato dall'OMS comprendeva eminenti ricercatori della salute ed amministratori provenienti da tutto il mondo, specializzati nei settori dell'OMS. Le loro consulenze e raccomandazioni, contenute in relazioni di comitati di esperti o espresse singolarmente dai Membri delle liste di esperti, fungono da base scientifica e fonte di ispirazione per il Segretariato, il Consiglio Esecutivo e l'Assemblea quando i programmi vengono analizzati ed elaborati, ed anche quando l'Organizzazione deve prendere posizione ufficiale su di un problema di sanità pubblica. In considerazione delle conoscenze specialistiche (tecniche e scientifiche) dei Membri del comitato di esperti e dei gruppi di studio, il Consiglio Esecutivo ha stabilito che la sostanza delle loro relazioni avrebbe dovuto essere rispettata nella sua interezza. Questo principio conferma il ruolo indipendente degli esperti ed il valore dei loro rapporti, il contenuto dei quali è al riparo da interferenze politiche, diplomatiche o burocratiche.

Nel maggio del 1992, il Consiglio Esecutivo esaminò e prese nota della relazione del Direttore Generale sugli incontri dei seguenti comitati di esperti e gruppi di studio: il

⁸⁷ Basic Documents, Forty Second Edition, Geneva, 1999

Comitato di Esperti dell'OMS sulla Malaria, sui Vettori Biologici e sul Controllo, il Comitato di Esperti Congiunto dell'OMS e della FAO sugli Additivi del Cibo, il Gruppo di Studio dell'OMS sulle Funzioni degli Ospedali al Primo Livello di Riferimento. Il lavoro dell'OMS include anche ricerche sulle malattie da deficienza nutrizionale, malattie trasmissibili e non trasmissibili, gestione dei sistemi sanitari e dimensione etica del problema della salute.

La rete dei centri di consulenza dell'OMS include centri nazionali ed internazionali, a loro volta connessi con altri centri nazionali o di collaborazione. Il Consiglio Esecutivo appoggiò la creazione di un centro di ricerca a Kope, in Giappone che si occupa della ricerca sullo sviluppo della salute, e delle interconnessioni tra fattori sociali, economici, ambientali, demografici e salute.

Nel 1996 circa 1200 centri di collaborazione e 2000 Membri dei 55 comitati di esperti dell'OMS e di gruppi di consulenti hanno contribuito alla ricerca in ogni ambito.⁸⁸

B) La ricerca nell'OMS

La politica restrittiva decisa dall'Assemblea Generale sulle attività di ricerca evolvette progressivamente.

Nel maggio del 1954 l'Assemblea riconobbe che l'OMS avrebbe dovuto ampliare i programmi di ricerca come conseguenza dei propri progetti. Nel 1959 l'Assemblea creò un Comitato di Consulenza sulla Ricerca Medica ed un Fondo Speciale per la Ricerca Medica. Nel 1965 l'Assemblea esaminò la proposta per la creazione di un Centro di Ricerca sulla Salute Mondiale: progetto ambizioso che fu abbandonato per ragioni finanziarie ed organizzative.

Successivamente l'Assemblea decise di autorizzare programmi speciali di ricerca in campi tecnici specifici, gestiti dalla sede centrale dell'OMS. Nel 1965 l'Assemblea approvò la creazione della Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro con sede a Lione e con status autonomo.

i) L'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro

Nel 1963 il generale de Gaulle, allora presidente della Repubblica Francese, approvò l'“ispirazione generosa” di un gruppo di intellettuali Francesi i quali proposero che le principali nazioni del mondo riservassero parte dei loro crediti militari alla lotta

contro un nemico comune: il cancro. Fu proposto quello che venne chiamato “dividendo per la pace”: metà del bilancio destinato alla difesa delle più grandi potenze del mondo avrebbe dovuto essere dedicato alla creazione di un centro per la ricerca sul cancro e per l’elaborazione di una strategia globale nella speranza di una “grande vittoria per l’uomo”.⁸⁹ Il risultato finale di questa iniziativa fu modesto ma ancora oggi valido: l’Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro fu formalmente creata il 20 maggio del 1965 dall’Assemblea in conformità alle condizioni di uno statuto formulato da cinque Stati fondatori. Attualmente ne fanno parte 16 Stati Membri. Gli Stati fondatori furono: Repubblica Federale Tedesca, Stati Uniti d’America, Francia, Italia e Gran Bretagna. I nuovi Membri sono: Australia, Belgio, Canada, Danimarca, Finlandia, Giappone, Olanda, Norvegia, Svezia, Svizzera e Russia.

L’Agenzia coordina e conduce ricerche epidemiologiche e di laboratorio, e fornisce valutazioni che costituiscono la base per una strategia scientifica di prevenzione del cancro. Essa sperimenta l’efficacia di vari metodi di controllo e di prevenzione e diffonde le conoscenze e le informazioni in tutto il mondo attraverso il suo programma di educazione, di formazione e di pubblicazioni. Si rilevano i rischi cancerogeni ed i relativi dati vengono pubblicati in monografie dell’Agenzia. L’Agenzia ha lanciato nel 1996 un programma sulla epidemiologia genetica con studi sul ruolo dei fattori genetici sulla carcinogenesi. Vengono diffuse pubblicazioni sulla chemioprevenzione, sulle morti per cancro nel Centro Europa, sulle fibre cancerogene, sul ruolo dei fattori socioeconomici, sull’incidenza del cancro e sulla mortalità nell’Unione Europea.⁹⁰

L’Agenzia è controllata da un Consiglio composto da un rappresentante per ogni Stato partecipante e dal Direttore Generale dell’OMS. C’è poi un Consiglio Scientifico composto da un massimo di 20 scienziati altamente specializzati scelti sulla base delle competenze tecniche nella ricerca sul cancro.

⁸⁸ The World Health Report 1996, Geneva, p.85

⁸⁹ Y. Beigbeder: International Organization and the Evolution of World Society, Volume 4, The World Health Organization, The Hague/London/Boston, 1998, p. 89

⁹⁰The World health Report 1997, Geneva, pp. 74-76

ii) Programma Speciale di Ricerca, Sviluppo e Formazione nella Riproduzione Umana

Nella metà degli anni '60 l'OMS si occupava con molta prudenza delle attività di ricerca sulla riproduzione umana. L'Organizzazione non voleva entrare in conflitto con gli avversari della pianificazione familiare, i quali agiscono in favore della legittimazione dell'aborto.

In una risoluzione del maggio 1965 l'Assemblea ribadì che non era compito dell'OMS appoggiare o promuovere politiche particolari sulla popolazione. Spettava alle amministrazioni nazionali decidere se ed in quale misura essi dovessero fornire informazioni e servizi alla popolazione sugli aspetti sanitari della riproduzione umana. L'OMS propose che la ricerca ed i servizi di consulenza non dovessero coinvolgere attività operative. Un anno dopo tuttavia l'Assemblea riconobbe che gli aborti e gli alti tassi di maternità costituiscono un serio problema sanitario per molti Paesi.

Il Programma Speciale di Ricerca, Sviluppo e Formazione nella Riproduzione Umana risale al 1972. Dal 1988 è stato sponsorizzato congiuntamente dall'UNDP, dall'UNFPA, dall'OMS e dalla Banca Mondiale.

Nel 1978 l'Assemblea appoggiò gli obiettivi del Programma di collaborazione con gli Stati Membri individuando nella tecnologia e nei metodi di applicazione appropriata un metodo per la regolazione della fertilità, prevenzione e trattamento dell'infertilità. Con soddisfazione, l'Assemblea prese atto che il Programma faceva affidamento sul personale nazionale e sulle istituzioni avvalendosi di riviste scientifiche ed etiche che precedono la realizzazione di tutte le attività di ricerca.

Dieci anni più tardi l'Assemblea riaffermò la stretta relazione fra pianificazione familiare, sviluppo e salute e la necessità di integrare le attività di pianificazione familiare con quelle rivolte alla salute materna ed infantile. Essa sottoscrisse le linee guida del Direttore Generale ed in particolare la cooperazione tecnico scientifica tra Paesi sviluppati e in via di sviluppo e tra i Paesi in via di sviluppo stessi. Una nuova responsabilità venne così ad aggiungersi al mandato del programma: coordinare lo sforzo di ricerca globale nel campo della riproduzione.

Quale principale strumento di ricerca sulla riproduzione umana nell'ambito del sistema delle Nazioni Unite, il Programma riunisce servizi sanitari, politiche operative, scienziati, clinici e comunità. Tra le priorità, la ricerca sui nuovi metodi di

regolazione di fertilità maschile e femminile e loro introduzione nei programmi di pianificazione familiare, la sicurezza a lungo termine dei metodi usati e altri aspetti di ricerca epidemiologica riproduttiva, i suoi aspetti sociali e comportamentali e i metodi di controllo di diffusione delle malattie sessuali, causa di infertilità.

Il programma promuove principalmente la ricerca nazionale nei Paesi in via di sviluppo. Le principali strategie operative adottate all'interno dei singoli Stati sono: valutazione delle necessità di ricerca, sviluppo delle risorse umane mediante formazione, agevolazioni, approvvigionamento di strumenti, partecipazione alla ricerca globale. Nel 1995 si contavano 108 istituzioni nei 57 Paesi che ricevevano sostegno a livello istituzionale, o designati quali Centri di Collaborazione dell'OMS per la ricerca nella riproduzione umana. Vennero elaborati venti progetti per incrementare la collaborazione tecnica tra i Paesi in via di sviluppo i quali coinvolsero scienziati di 42 Paesi in Africa, nelle Americhe e in Asia.⁹¹

iii) Programma Speciale di Ricerca e Formazione nelle Malattie Tropicali

Sorto negli anni '70, esso unisce ricerca e formazione in una partnership interorganizzativa. È finanziato da contributi volontari ed è principalmente diretto ai Paesi in via di sviluppo.

Nel momento in cui gravi problemi di sviluppo del Terzo Mondo attraevano sempre più l'attenzione delle organizzazioni internazionali, l'OMS percepì che uno sforzo particolare dovesse essere fatto al fine della ricerca scientifica atta a combattere le malattie tropicali. Nello stesso periodo le scienze biomediche progredivano rapidamente, alla luce di scoperte genetiche, biomolecolari e immunologiche, il che indusse a sperare nella loro applicazione per prevenire e trattare malattie tropicali.

Era evidente che l'industria farmaceutica dei Paesi industrializzati poneva pochissimo interesse su tali malattie, e che l'industria dei Paesi del Sud aveva poche disponibilità ai fini della ricerca e dello sviluppo.

Creato nel 1975, il Programma aveva un duplice compito: fare il miglior uso dei progressi nelle scienze medico - sociali e biomediche e porli al servizio della promozione e dello sviluppo permettendo ai Paesi in via di sviluppo di prendere parte alla ricerca. L'UNDP, la Banca Mondiale e l'OMS sponsorizzarono congiuntamente il Programma. L'OMS ne è l'Agenzia esecutiva.

⁹¹ Y. Beigbeder: International Organization and the Evolution of World Society, Volume 4, The World Health Organization, The Hague/London/Boston, 1998, pp. 90-91

Il programma si pone due obiettivi intercorrelati:

- ricerca e sviluppo di nuovi strumenti per il controllo delle malattie tropicali
- formazione degli individui e rafforzamento delle istituzioni al fine di accrescere la rilevante capacità di ricerca dei Paesi tropicali in via di sviluppo.

Il Programma “target diseases” comprende: malaria, schistosomiasi, filariosi, tripanosomiasi, leishmaniosi e lebbra. Queste malattie hanno un grande impatto sulla sanità pubblica dei Paesi in via di sviluppo. Direttamente od indirettamente essi colpiscono mezzo miliardo di persone. Nel 1993 l’OMS stimò che il numero di morti dovute alle malattie tropicali potrebbe aumentare da due a più di 4 milioni all’anno entro il 2010 se nuove misure non venissero immediatamente adottate. Questo incremento è dimostrato da più fattori: crescita demografica, aumentata resistenza ai farmaci antimalarici, migrazioni delle popolazioni, cambiamenti nell’ambiente e crisi economiche.

Nei primi anni del programma l’accento fu posto maggiormente sulla ricerca strategica fondamentale per meglio identificare gli aspetti di base delle malattie, ad esempio l’incidenza, il metabolismo dei parassiti ed i meccanismi immunitari, i cicli biologici dei vettori e della distribuzione nonché la resistenza ai farmaci degli organismi patogeni. Da questi sforzi e dal generale progresso della ricerca biomedica, furono avanzate nuove proposte per la concezione di vaccini, medicamenti, diagnosi e metodi per combattere i vettori: i “prodotti del Programma”.

Nel gennaio del 1986 il Consiglio Esecutivo esprime apprezzamento per i risultati tecnici e scientifici raggiunti dal Programma. Venne riconosciuto che uno dei successi più significativi era l’aver mobilitato le conoscenze degli scienziati e delle istituzioni scientifiche nei Paesi dove le malattie sono endemiche e altri Paesi, in una rete per lo sviluppo di metodi nuovi ed aggiornati finalizzati al controllo delle malattie parassitarie tropicali.

Nel maggio del 1990 l’Assemblea approvò le nuove spinte e le priorità del Programma incentrato sulla produzione di farmaci per la malaria, vaccini per la leishmaniosi, malaria e schistosomiasi. L’Assemblea si appellò alle industrie farmaceutiche per ampliare le ricerche nelle malattie tropicali e intensificare la collaborazione con il Programma.

Dalla fine del 1994 circa 8 milioni di individui sono stati trattati con l’ivermectina contro l’oncocercosi. Nata come prodotto veterinario prodotto dalla Merck & Co.,

l'ivermectina non avrebbe potuto essere somministrata all'uomo senza le sperimentazioni condotte dal Programma, che ne hanno comprovato gli effetti eccezionali e la sicurezza.

Dal 1985 al 1996 il problema della lebbra si è ridotto dell'82% in tutto il mondo, grazie ad una terapia multifarmaco.

Si ottennero anche altri risultati: trappole semplici ed economiche e sistemi per attrarre e distruggere la mosca tse-tse e limitare la densità dei vettori della malattia del sonno, la produzione di insetticidi contro le zanzare vettori della filariosi, esperimenti sull'UMF 078, un farmaco che ha efficacia contro i vermi adulti responsabili della cecità fluviale e filariosi linfatica, la pironaridina, un composto cinese antimalarico sintetico (attualmente studiato internazionalmente come alternativa alla cloroquina).⁹²

Il programma di finanziamento per il 1994-1995 ha richiesto un cambiamento nelle priorità di tre settori: ricerca strategica, ricerca e sviluppo del prodotto e ricerca applicata. Lo stanziamento assegnato a quest'ultima è stato aumentato a scapito dei crediti destinati alla ricerca strategica. Nessun cambiamento finanziario è stato necessario per la ricerca e lo sviluppo del prodotto.

Le risorse finanziarie del programma provengono da contributi volontari forniti dai governi, organizzazioni intergovernative, fondazioni e altre organizzazioni non governative, nonché dalle tre organizzazioni corresponsabili.

Il Programma si è accreditato per il grande ruolo avuto nel portare le malattie tropicali all'attenzione della comunità scientifica internazionale e per aver incoraggiato l'industria farmaceutica a adoperarsi nella ricerca e nello sviluppo del settore.⁹³

7.2 EDUCAZIONE ED ISTRUZIONE

Una delle funzioni dell'Organizzazione, in accordo con l'art.2 del Trattato istitutivo, é quella di promuovere migliori standard di insegnamento e di formazione nelle professioni sanitarie, mediche ed affini. Tale formulazione, relativamente restrittiva,

⁹²The World Health Report 1996, Geneva, p.55

The World Health Report 1997, Geneva, p.90

⁹³ Y. Beigbeder: International Organization and the Evolution of World Society, Volume 4, The World Health Organization, The Hague/London/Boston, 1998, pp.91-93

potrebbe essere ampliata attraverso il riferimento ad un'altra funzione, quella di assistere i Governi, su loro richiesta, nel rafforzamento dei loro servizi sanitari.⁹⁴

Il programma di educazione e formazione dell'OMS fu inizialmente ideato per far fronte alla scarsità di personale addetto alla salute, alle lacune dell'insegnamento diretto al personale sanitario, all'assenza di istituzioni docenti nel campo della salute, o alla loro inadeguatezza soprattutto nei Paesi in via di sviluppo. A causa delle limitazioni finanziarie, l'Organizzazione concentrò i propri sforzi sulla formazione professionale del personale docente nazionale.

Il Quarto Programma Generale di Lavoro per il periodo 1967-1971, approvato dalla Assemblea nel maggio del 1965, sintetizzò gli obiettivi dell'OMS nella maniera seguente: "l'educazione e la formazione del personale sanitario rappresenta per tutti gli Stati Membri un interesse complessivo in quanto esso è la base di tutti i loro sforzi in campo sanitario. Il programma continuerà a coprire i settori universitari, post-universitari e specialistici dell'educazione medica, così come l'educazione e la formazioni di infermieri, ingegneri sanitari, levatrici, ispettori sanitari, e tutti i tipi di ausiliari, e riserverà un posto speciale alla preparazione dei docenti, soprattutto attraverso l'assegnazione di borse di studio".

L'OMS ha aiutato i Paesi, su loro richiesta, a creare scuole mediche e infermieristiche o a perfezionare i contenuti del corso di studi e dei metodi di insegnamento nelle istituzioni esistenti, ha inviato insegnanti e team dimostrativi nei Paesi e ha destinato borse di studio al personale sanitario nazionale. L'OMS ha poi introdotto argomenti di sanità pubblica negli studi medici e paramedici e tentato anche di incentivare l'immagine e la professionalità paramedica attraverso un'appropriata formazione professionale, coinvolgendo il personale anche in compiti amministrativi, direttivi e di insegnamento. L'Organizzazione ha inoltre favorito un approccio multi disciplinare alla pianificazione e alla realizzazione della assistenza sanitaria primaria e dei programmi di immunizzazione.

Nel 1971 l'Assemblea confermò ancora una volta che la carenza di personale è uno dei maggiori ostacoli allo sviluppo di servizi sanitari efficaci in molti Paesi del mondo, e che la formazione del personale sanitario nazionale e la sua razionale utilizzazione hanno effetto decisivo sul progresso dei sistemi nazionali di protezione e promozione della salute. Venne sottolineata l'importanza di attuali ed a lungo

⁹⁴Basic Documents, Forty Second Edition, Geneva, 1999

termine piani di formazione del personale sanitario nazionale, secondo le necessità obiettive e le esistenti risorse nazionali e sociali. Un anno dopo l'Assemblea considerò che, nei Paesi in cui ne sussiste la necessità, prioritaria dovrebbe essere la formazione del personale ausiliario, il cui compito è di provvedere alla copertura dei servizi sanitari di base.

A partire dal 1987 si evidenziò un'evoluzione. Un sbilanciamento rispetto alle necessità del personale sanitario ha rimpiazzato la precedente carenza. La maggior parte degli Stati Membri ha un numero superiore al necessario di alcune professioni sanitarie, come medici e dentisti, che porta a una loro sotto utilizzazione e all'emigrazione in altri Paesi. Di qui la necessità di una pianificazione degli operatori sanitari e di un nuovo orientamento della educazione e della formazione del personale sanitario.

Alla Conferenza Mondiale di Edimburgo sulla Educazione Medica tenutasi nel 1988, il Dr. Nakajima, rieletto Direttore Generale, invitò le professioni mediche ad aggiornare la formazione dei medici ed a prepararli appropriatamente alle grandi problematiche di salute pubblica del XXI secolo. Egli propose di razionalizzare le funzioni dei medici attraverso la delega di alcuni dei loro compiti ad altri operatori sanitari, come infermieri qualificati e ausiliari. Questo intervento del Direttore Generale suscitò parecchie reazioni negative in alcuni dei circoli medici conservatori dei Paesi industrializzati.⁹⁵

A) Educazione e formazione infermieristica

Nel 1949 l'OMS ha osservato che il ruolo degli infermieri diventava sempre più importante nel campo della salute pubblica. Si rese allora necessario adottare misure per incrementare ed incentivare la richiesta di infermieri di tutti i livelli anche al fine di una loro migliore utilizzazione. Questi principi sono a tutt'oggi validi nella politica dell'OMS.

All'inizio della sua attività in questo settore l'OMS ha proposto tre modifiche nei programmi delle scuole infermieristiche. La prima era l'introduzione nel corso base di un insegnamento in materia di sanità pubblica, con pratica adeguata e attenzione agli aspetti psicologici. Il personale infermieristico doveva affiancare agli aspetti di

⁹⁵Y. Beigbeder: International Organization and the Evolution of World Society, Volume 4, The World Health Organization, The Hague/London/Boston, 1998, pp. 95-99

prevenzione e di cura, la propria formazione, poiché esso non doveva occuparsi soltanto della cura del malato bensì insegnare ai pazienti come conservare la salute e prevenire le malattie. La seconda si riferisce all'inclusione della assistenza materna nei programmi di base. La terza era rivolta all'introduzione di teoria e pratica per preparare l'infermiere a funzioni di insegnamento ed amministrative. Tra il 1948 ed il 1958 l'OMS ha dato assistenza a 69 scuole per infermieri e levatrici in 48 Paesi.

Nel 1977 l'OMS ha nuovamente riconosciuto l'importanza ed il valore del contributo di questa categoria professionale: nella maggior parte dei sistemi sanitari gli infermieri e le levatrici fanno parte del team sanitario provvedendo a gran parte dell'assistenza. Grazie ai programmi di formazione, molti Stati Membri dispongono di personale infermieristico con le necessarie capacità direttive, di controllo e di insegnamento. L'Assemblea ha quindi raccomandato agli Stati Membri, tra le altre cose, di utilizzare in maniera più incisiva il personale infermieristico - ostetrico coinvolgendolo, unitamente ai rappresentanti delle altre categorie di operatori sanitari, nella pianificazione e gestione dell'assistenza sanitaria primaria e nei programmi di vaccinazione. Al Direttore Generale venne richiesto di sviluppare programmi di aggiornamento e di formazione continua.

Alla fine degli anni '80 l'OMS espresse la sua preoccupazione per la diminuzione in molti Paesi del personale infermieristico - ostetrico ed ausiliario rispetto alla crescente richiesta di assistenza sanitaria dovuta al progresso tecnologico che conduce all'allungamento della vita, all'espansione dei servizi sanitari, alle campagne di prevenzione delle malattie, comprese le iniziative per la sicurezza della maternità e gli effetti pandemici della AIDS. Alla costante carenza di personale infermieristico ed ostetrico si doveva porre rimedio con programmi di reclutamento e formazione, garantendo nel contempo condizioni lavorative e stanziamenti finanziari adeguati nonché risorse umane e logistiche adeguate alla categoria.

B) Borse di studio

La maggior parte dei programmi tecnici dell'OMS si rivolgono allo sviluppo delle risorse umane ed utilizzano borse di studio per formare operatori sanitari nelle varie discipline, allo scopo di rafforzare la potenzialità dei singoli Paesi nell'ambito delle competenze dell'OMS anziché mantenere una situazione di dipendenza dalla assistenza esterna.

Si ricorre alle borse di studio quando gli operatori sanitari non possono essere addestrati nel proprio Paese oppure eccezionalmente per permettere loro di seguire corsi nel proprio Paese. Esse possono essere assegnate su base individuale o di gruppo.

Nel gennaio 1983 il Consiglio Esecutivo sollecitò gli Stati Membri a sviluppare politiche e strategie nazionali per la formazione del personale sanitario ed a richiedere borse di studio OMS solo quando era evidente che queste fossero il mezzo più opportuno per raggiungere obiettivi concreti finalizzati alla “Salute per Tutti”, e quando al borsista fosse assicurato un impiego adeguato al momento del suo rientro. I criteri per l’attribuzione delle borse di studio sono i seguenti: l’OMS assegna borse di studio a:

- a) coloro che sono o saranno impiegati in professioni mediche o sanitarie nella loro organizzazione sanitaria nazionale
- b) coloro nei cui confronti l’amministrazione sanitaria nazionale certifica che sarà offerto un impiego nel settore specifico della borsa di studio
- c) coloro che hanno almeno due anni di esperienza nell’argomento che intendono approfondire
- d) coloro che hanno esaurito le opportunità disponibili nel loro Paese per studiare l’argomento
- e) coloro che sottopongono argomenti di studio direttamente connessi con i programmi sanitari del proprio Paese
- f) coloro che intendono lavorare nella propria organizzazione sanitaria nazionale per almeno tre anni immediatamente dopo la borsa di studio
- g) coloro che non hanno più di 55 anni se l’età pensionabile è da 60 anni in poi oppure che non hanno più di 50 anni se l’età pensionabile è inferiore a 60 anni
- h) coloro che hanno una qualifica riconosciuta e hanno intrapreso studi avanzati.

Le borse di studio sono assegnate dagli Uffici Regionali.

Negli anni ‘60 sorse il fenomeno della “fuga dei cervelli”. Nel 1969 l’Assemblea riconobbe che la formazione dei medici nel proprio Paese non solo garantiva un miglior apporto sociale e professionale alle necessità sanitarie nazionali, ma probabilmente li motivava anche ad operare nei loro Paesi di appartenenza. Essa richiamò i Paesi sviluppati a collaborare alla formazione dei medici dei Paesi in via di sviluppo e ad invitare i laureati a rientrare nei Paesi di origine.

Nel 1975, un problema sull'eguaglianza dei sessi indusse l'Assemblea a sollecitare i governi a destinare un numero maggiore di borse di studio OMS alle donne per la formazione all'estero.

Nel 1992-1993 l'OMS assegnò 4557 borse di studio, il 29% delle quali destinate alla amministrazione della sanità pubblica. Altre importanti aree di studio furono le malattie trasmissibili, salute mentale e controllo di preparazioni biologiche e farmaceutiche. I più grandi elargitori di borse di studio furono gli Uffici Regionali del Sud-Est Asiatico e dell'Africa. Venne poi rilevato dall'OMS che i criteri per l'assegnazione delle borse di studio in questi due Uffici Regionali non sempre venivano rispettati. In particolare gli obiettivi di studio venivano formulati in termini generali non corrispondenti alla strategia dell'OMS per l'assistenza sanitaria primaria. Il Revisore Esterno invitò pertanto l'OMS ad applicare condizioni più rigide per l'approvazione delle borse di studio affinché le stesse coincidessero maggiormente con gli obiettivi dell'Organizzazione. Data l'importanza delle borse di studio nella formazione del personale si richiede agli uffici regionali maggiore controllo e valutazione periodica dei risultati, secondo le raccomandazioni del Revisore Esterno.

7.3 PUBBLICAZIONI

La Commissione ad Interim ha evidenziato l'importanza delle pubblicazioni e della documentazione da parte dell'OMS: oltre alla fondamentale funzione di trasmettere informazioni, le pubblicazioni costituiscono il legame principale fra l'OMS e la grande maggioranza degli operatori sanitari. Il principale schema del programma di pubblicazione proposto dalla Commissione ad Interim fu sottoscritto dalla Prima Assemblea Mondiale della Sanità. Il modello delle pubblicazioni dell'OMS trae origine dall'Accordo di Roma del 1907 che istituì l'Ufficio Internazionale di Igiene Pubblica. Tale Ufficio fin dal 1909 pubblicò un Bollettino mensile che informava sulle norme in materia di malattie contagiose. Questo Bollettino conteneva inoltre statistiche di sanità pubblica e note bibliografiche. Oltre al bollettino, nei suoi primi anni l'OMS si assunse la responsabilità di divulgare pubblicazioni dell'Organizzazione Sanitaria della Lega delle Nazioni. Pertanto il suo programma di pubblicazioni si basava inizialmente su funzioni "ereditate".

Il nucleo del personale responsabile del servizio pubblicazioni fu creato dalla Commissione ad Interim e presto affiancato da personale esperto. Nei primi anni comunque le limitazioni finanziarie impedirono al personale di lavorare a pieno regime. L'Assemblea ed il Consiglio Esecutivo riconobbero queste difficoltà ma ribadirono all'OMS l'importanza di un vitale ed adeguato programma di pubblicazioni. Nel gennaio 1952 il Consiglio presentò uno studio dettagliato sul programma editoriale, la cui attuazione venne approvata dall'Assemblea.

Le maggiori pubblicazioni regolari sono: Technical Report Series del Comitato di esperti e dei gruppi consultivi, Environmental Health Criteria, Health and Safety Guides, WHO Food Additives Series e pubblicazioni regionali.

Le pubblicazioni periodiche includono: Bulletin of the WHO e WHO Chronicle, International Digest of Health Legislation, Weekly Epidemiological Record, WHO Drug Information, World Health Statistics Quarterly. La serie Official Records pubblicata anteriormente al 1979, Handbook of Resolutions and Decisions of the World Health Assembly e Executive Board, Basic Documents, biennali Reports of the Director General on the Work of WHO sono alcune delle pubblicazioni ufficiali dell'OMS. Dal 1995 The World Health Report sostituisce la pubblicazione biennale sopra citata. L'OMS diffonde molte altre pubblicazioni, dalle linee guida ai rapporti sulle ultimissime ricerche biomediche nel mondo. Dal 1979 anche l'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro pubblica una propria serie.

Per il grande pubblico l'OMS pubblica World Health, una rivista divulgativa con svariati argomenti in materia sanitaria.

Nel 1981 il Consiglio Esecutivo approvò la pubblicazione del World Health Forum, un giornale trimestrale in sei lingue (arabo, cinese, inglese, francese, russo e spagnolo) aprendo così un forum per discussioni e scambio di informazioni sulle politiche sanitarie e relative attuazioni. È indirizzato principalmente ai responsabili, agli amministratori e al corpo docente della sanità pubblica e analoghe istituzioni.

L'OMS e gli Uffici Regionali hanno pubblicato circa 90 libri fra il maggio 1996 e il maggio 1997.

Dal 1987 è stato istituito un Comitato Editoriale presso la sede dell'OMS per analizzare il materiale da pubblicare con particolare riguardo agli obiettivi programmatici e ai lettori destinatari, in particolare all'utilizzo pratico di testi per gli Stati Membri. Ad esempio il World Health Report 1995, intitolato "colmare le

lacune” é diventato un best seller. Il World Health Report 1996 è dedicato alla lotta delle malattie e alla promozione dello sviluppo. Nel 1997 fu trattato il tema delle conquiste, della sofferenza e dell’arricchimento dell’umanità. La vita nel XXI secolo è il tema del 1998. L’ultimo World Health Report del 1999, “Making a difference” (ciò che fa la differenza) sfida la comunità internazionale ad esaminare la differenza che la salute può apportare nel progresso umano. Esso mostra come il perseguimento di miglioramenti durevoli nella sanità, quando accompagnati da lungimiranza e buona guida, possa condurre a considerevoli traguardi sociali ed economici. Raccoglie argomenti ed evidenza che è necessario dare ai messaggi di salute potere persuasivo per la formulazione delle politiche nazionali e l’orientamento dell’aiuto internazionale.⁹⁶

L’OMS offre servizi su Internet all’indirizzo <http://www.who.int>, con dovizia di informazioni pratiche e tecniche e statistiche costantemente aggiornate, inclusi allarmi settimanali per epidemie, rapporti giornalieri su malattie specifiche, statistiche nazionali e globali, vaccinazioni richieste per viaggi internazionali ecc. La rete elettronica globale dell’OMS controlla gli sviluppi critici, quali la diffusione di resistenza all’antibiotico, livelli di inquinamento ambientale, reazioni ai prodotti chimici e reazioni avverse ai farmaci.

Nel 1993 l’OMS pubblicò l’ottavo Report on The World Health Situation, Second Evaluation of the Implementation of the Global Strategy for Health For All by the Year 2000: un’analisi globale e sei rapporti regionali nelle sei lingue ufficiali.

Nel 1996 fu pubblicato il World Health Statistics Annual.

Il principale problema nel programma di pubblicazioni dell’OMS è la scelta del tipo di informazioni da pubblicare. Quanto alle pubblicazioni tecnico scientifiche nazionali, i dati e le analisi devono essere scientificamente validi. A livello internazionale la maggior parte dei dati e delle analisi vengono presentati dai governi dei Paesi interessati e dovrebbero essere sottoposti ad una valutazione oggettiva: comunque considerazioni di sovranità nazionali e prestigio possono far sorgere contrasti.

Inoltre le pubblicazioni, sotto il nome e l’autorità dell’OMS, di opinioni, consigli e argomenti devono avere consenso internazionale, il che generalmente avviene con una risoluzione dell’Assemblea o del Consiglio Esecutivo. Nel 1952 il Consiglio

⁹⁶ www.who.int

Esecutivo, a proposito degli Expert Committees' Technical Reports, richiese al Direttore Generale di pubblicare sulla copertina e sul frontespizio di ogni rapporto una dichiarazione sul fatto che il report dovesse essere considerato il punto di vista collettivo di un gruppo internazionale di esperti e non invece rappresentazione delle decisioni o delle politiche dell'Organizzazione.

Le pubblicazioni dell'OMS coprono il complesso della comunicazione nel campo sanitario, dal rapporto di ricerca strettamente tecnico destinato esclusivamente agli specialisti, ad articoli illustrati per la gente comune e fra questi due estremi, istruzioni pratiche e manuali.

L'OMS ha svolto e tuttora svolge un ruolo essenziale nella diffusione di informazioni agli specialisti sanitari, e tra specialisti e gente comune. Nel primo caso, dal momento che i sistemi nazionali sono organizzati su basi differenti (strutturalmente e funzionalmente), la comunicazione tra di essi non è sempre facile. Quando si confrontano metodi per combattere le malattie o si definiscono gli standard chimici o terapeutici, l'OMS contribuisce significativamente alla elaborazione di soluzioni transnazionali ai problemi sanitari, il che evita dispersione di tempo e di personale. Nel caso delle comunicazioni alla gente comune i giornalisti, soprattutto dei Paesi occidentali, basano le loro inchieste su analisi o rapporti dell'OMS (per esempio su farmaci, malattie tropicali, alcolismo, inquinamento ambientale ecc.). In molti casi le pubblicazioni sono le uniche risorse disponibili per i giornalisti che desiderano confrontare situazioni a livello regionale o globale.⁹⁷

7.4 RIFLESSIONI SULLE ATTIVITÀ DI RICERCA, EDUCAZIONE, FORMAZIONE E INFORMAZIONE

Dopo un inizio stentato, l'OMS ha lanciato con dinamismo ed efficacia molti programmi di ricerca in importanti settori della sanità pubblica. Poiché questi programmi sono finanziati principalmente da contribuzioni volontarie, la loro gestione e i loro risultati sono esaminati e valutati dai donatori, ossia principalmente i Paesi industrializzati, organizzazioni intergovernative e fondazioni. Questo controllo e la necessità di giustificare periodicamente le spese, di pianificare, definire e

⁹⁷Y. Beigbeder: International Organization and the Evolution of World Society, Volume 4, The World Health Organization, The Hague/London/Boston, 1998, pp. 99-102

rivedere gli obiettivi e di produrre al minor costo costituiscono una garanzia di buona gestione. Il campo di attività dei due programmi di ricerca sulla riproduzione umana e sulle malattie tropicali sono di grande interesse per i Paesi in via di sviluppo: essi corrispondono perciò ad una delle priorità dell'Organizzazione. Sono anche programmi congiunti che associano numerose agenzie o programmi delle Nazioni Unite, come la Banca Mondiale, mentre la loro realizzazione è stata affidata all'OMS come agenzia esecutiva. Il successo di questi programmi dimostra che questo tipo di attività congiunta sotto la leadership riconosciuta di un'organizzazione può servire come modello per altre attività di interesse per altre agenzie delle Nazioni Unite. Questo tipo di cooperazione ha dato prova di validità. In questi casi l'OMS gioca il molteplice e utile ruolo di catalizzatore, leader scientifico, operatore principale e coordinatore.

L'educazione e la formazione, grazie ai programmi collettivi ed individuali, sono il principale metodo attraverso il quale il personale sanitario può acquisire nuove conoscenze e capacità professionali e mettere in pratica le scoperte o i progressi tecnici e scientifici. Il principale problema è quello di una migliore utilizzazione delle limitate risorse dell'OMS nel campo dello sviluppo delle risorse umane per la salute personale: sembra che le borse di studio vengano troppo spesso assegnate sulla base di richieste poco motivate da parte dei governi, senza alcuna relazione con la strategia della "Salute per Tutti" o con piani sanitari nazionali. Tali richieste vengono accolte troppo facilmente dagli Uffici regionali, talvolta per ragioni connesse alla rielezione del Direttore Regionale, talvolta per negligenze amministrative o indifferenza negli uffici regionali. E' auspicabile che le raccomandazioni dell'Uditore Esterno vengano prese in considerazione molto seriamente e quanto prima messe in pratica.

Il programma di pubblicazione dell'OMS è cresciuto significativamente negli ultimi anni anche grazie al sostegno dei metodi di gestione professionale. Sembra che la maggior parte di queste pubblicazioni siano apprezzate dai lettori e l'incremento delle rendite risultante dalle vendite è un indice obiettivo del loro interesse e successo.

Capitolo 8: LA COOPERAZIONE TECNICA

8.1 LE BASI STATUTARIE DELLA COOPERAZIONE TECNICA

L'art.2 del Trattato istitutivo dell'OMS specifica che una delle funzioni della Organizzazione è di “fornire assistenza tecnica adeguata e, in situazioni di emergenza, l'aiuto necessario su richiesta o accettazione da parte dei Governi”.⁹⁸

L'OMS è una delle poche agenzie specializzate delle N.U. alle quali il Trattato istitutivo conferisce *expressis verbis* una simile funzione.⁹⁹ In considerazione della natura specifica della sua attività e competenza, l'Organizzazione è chiamata, in ottemperanza alle altre disposizioni dell'atto costitutivo, ad intraprendere attività operative.

L'Organizzazione deve “assistere i Governi su richiesta, nel rafforzamento dei servizi sanitari”. Deve “fornire o aiutare a fornire, su richiesta delle N.U. i servizi sanitari e le strutture a gruppi particolari quali le popolazioni dei territori sottoposti ad amministrazione fiduciaria”. Deve “stimolare e promuovere il lavoro di eradicazione delle malattie epidemiche, endemiche ed altre malattie”. (art.2 lett. c, e, g).¹⁰⁰

Queste previsioni nel Trattato istitutivo dell'OMS riflettono l'esperienza acquisita prima della creazione dell'Organizzazione nel 1948. Infatti, una delle prime sfide dell'Organizzazione Sanitaria della Lega delle Nazioni fu di combattere le epidemie attraverso misure concrete, comprese in alcuni casi le missioni di esperti.

Dopo la Seconda Guerra Mondiale l'OMS si fece carico di alcune attività operative di assistenza dell'UNRRA a favore dei Paesi devastati dalla guerra. Dal momento che le necessità dovevano essere soddisfatte urgentemente queste attività furono inizialmente condotte sotto la direzione della Commissione ad Interim dell'OMS, prima che l'Organizzazione stessa cominciasse ad operare a pieno regime.

I programmi di assistenza consistevano essenzialmente nell'assegnazione di borse di studio o nell'invio di missioni sanitarie per la formazione di personale qualificato nei campi della sanità pubblica, medicina, lotta contro la tubercolosi e la malaria, mantenendo nello stesso tempo le attività delle missioni nei Paesi devastati dalla guerra. Questi programmi includevano 10 Paesi Europei e l'Etiopia. Gli accordi di

⁹⁸Basic Documents, Forty Second Edition, Geneva, 1999

⁹⁹Y. Beigbeder. International Organization and the Evolution of World Society, Volume 4, The World Health Organization, The Hague/London/Boston, 1998, p.105

¹⁰⁰Basic Documents, Forty Second Edition, Geneva, 1999

assistenza tecnica conclusi con l'Etiopia e la Grecia forniscono le prime indicazioni sugli obblighi gravanti sui Paesi che a quel tempo richiedevano l'assistenza dell'OMS. In particolare i Paesi destinatari dovevano:

- fornire le strutture necessarie, compresi gli spazi per gli uffici e i laboratori, rifornimenti ed attrezzature tecniche, trasporti stradali, carburanti e lubrificanti, alloggi per il personale dell'OMS impegnato nei progetti nei Paesi interessati
- fornire un appropriato ammontare in denaro locale per aiutare l'OMS a pagare i salari del personale locale impiegato, l'affitto degli spazi per gli uffici ed i laboratori, i costi di trasporto di persone e le attrezzature richieste per i progetti
- garantire i più favorevoli tassi di scambio
- fornire immunità legale, esenzione dalle tasse ed altre spese per l'Organizzazione, i Membri dello staff e gli esperti.

I costi dell'assistenza dell'OMS ai Paesi riceventi apparivano quindi considerevoli. Di conseguenza il programma di assistenza sanitaria dell'OMS si basava sulle condizioni prevalenti nei Paesi interessati nel dopo guerra, cioè i Paesi Europei. Per esempio, in considerazione delle difficoltà economiche di alcuni di questi Paesi, venne deciso che le somme dei Paesi interessati destinate a pagare le contribuzioni in denaro locale corrente sarebbero dovuto essere accreditate con importo equivalente in dollari U.S.A. e che questi Paesi avrebbero beneficiato di un'assistenza supplementare fino all'ammontare dei risparmi ottenuti con l'uso del dollaro.

8.2 LA PARTECIPAZIONE DELL'OMS ALL'ESTESO PROGRAMMA DI ASSISTENZA TECNICA (EPTA)

Le attività operative intraprese dall'OMS sotto l'egida dell'EPTA implicano numerose questioni: le modalità di partecipazione dell'OMS in un programma collettivo del Sistema delle N.U., problemi di coordinamento, reazione dell'Organizzazione di fronte alle direttive degli organi di governo delle N.U., del Consiglio Economico e Sociale e dell'Assemblea Generale.

L'EPTA nasce dalla Risoluzione ECOSOC 222 A (IX) del 15 agosto 1949. Finanziato da contributi volontari degli Stati Membri delle N.U. e relative agenzie specializzate, il Programma doveva essere realizzato dalle N.U. e dalle agenzie che accettano i principi guida regolanti la loro partecipazione. Quest'ultima condizione

mirava ad evitare eventuali conflitti fra le decisioni delle N.U. e le richieste delle organizzazioni partecipanti.

Le principali attività di cooperazione tecnica consistevano nella nomina di esperti, organizzazione di seminari, progetti dimostrativi, gruppi di lavoro di esperti per la creazione di istituzioni per l'insegnamento e la formazione professionale, assegnazione di borse di studio e fornitura della strumentazione necessaria per la realizzazione dei progetti.

A seguito dell'incorporazione dell'ETPA e del Fondo Speciale nel nuovo programma di Sviluppo delle Nazioni Unite, con la risoluzione 2029 (XX) dell'Assemblea Generale del novembre 1965 queste modalità di assistenza si evolvettero progressivamente includendo servizi peritali (consiglieri e consulenti), servizi di esperti incaricati di funzioni esecutive od amministrative, quale personale impiegato presso il governo ricevente, servizi di volontariato delle N.U. e altri tipi di assistenza concordata dal governo interessato e dalle organizzazioni partecipanti.

Questi tipi di assistenza evidenziano che la principale funzione dell'EPTA come di ogni altro programma di assistenza multilaterale era di agire quale intermediario fra quei Paesi in via di sviluppo che difettano di capacità tecniche e Paesi industrializzati disponibili a fornire loro i servizi dei propri specialisti.

Secondo la risoluzione dell'Assemblea Generale, "l'assistenza tecnica fornita

- a) non deve essere un mezzo di interferenza politica ed economica straniera negli affari interni del Paese interessato e non deve per alcuna ragione essere accompagnata da considerazioni di natura politica;
- b) deve essere fornita solo a governi o attraverso i governi;
- c) deve essere finalizzata alle necessità del Paese interessato;
- d) deve essere concessa per quanto possibile nella forma desiderata dal Paese interessato;
- e) deve possedere qualità e competenza tecnica".¹⁰¹

Il Consiglio Economico e Sociale formulò alcuni principi guida che le organizzazioni partecipanti dovevano rispettare, soprattutto in relazione alla qualità del lavoro e alla competenza del personale, al coordinamento degli sforzi delle organizzazioni stesse, alla scelta dei progetti e per ultimo alle condizioni finanziarie assegnate ai Paesi riceventi.

Da parte loro gli organi di governo dell'OMS richiesero al Direttore Generale di farsi guidare, nella preparazione dei programmi sotto l'egida dell'EPTA, dalle seguenti considerazioni:

- a) la responsabilità dell'OMS di agire come autorità di direzione e di coordinamento nel lavoro sanitario internazionale
- b) l'inseparabilità dei fattori sociali, economici e sanitari
- c) il tipo di assistenza necessaria e la misura in cui essa può essere assorbita in uno sviluppo sistematico
- d) l'assistenza nel campo della salute deve essere mirata primariamente a rafforzare i servizi sanitari di base dei Paesi interessati e ad affrontare i problemi più urgenti che affliggono gran parte della popolazione con particolare riguardo alla fase di sviluppo sociale ed economico del Paese interessato
- e) la preferenza deve essere data alle misure di medicina preventiva piuttosto che a quelle di medicina terapeutica
- f) il ruolo importante della formazione e dell'educazione professionale e tecnica
- g) il controllo delle principali malattie trasmissibili deve essere direttamente collegato al miglioramento della salute della popolazione per scopi produttivi
- h) lo sviluppo e il miglioramento dello standard dell'igiene ambientale come condizione essenziale per il miglioramento della sanità pubblica e l'innalzamento dello standard di vita, basato sull'educazione sanitaria della popolazione, sul miglioramento della salute materna e infantile e della nutrizione
- i) misure da adottare al fine di mitigare le possibili conseguenze dei cambiamenti economici che concorrono allo sviluppo sociale ed economico, comprese le misure sanitarie sociali ed occupazionali.¹⁰²

Non appena l'EPTA fu creato, la Terza Assemblea Mondiale della Sanità autorizzò il Direttore Generale ad accettare i fondi forniti dal Programma, subordinatamente alle condizioni stabilite dal Consiglio Esecutivo e dall'Assemblea Mondiale della Sanità purché le condizioni previste per l'elargizione di tali fondi siano conformi ai principi contenuti nella risoluzione 200 (III) e 304 (IV) delle Nazioni Unite e con l'art.57 del Trattato istitutivo.

¹⁰¹Res. 200 (III) 4 dicembre 1948

¹⁰²Res EB6.R1, EB9.R21,EB11.R57.6 e WHA5.61

L'analisi dell'atteggiamento assunto dall'OMS relativamente alle direttive dell'ECOSOC nell'ambito dell'EPTA mostra che questo atteggiamento, inizialmente recettivo, fu presto sostituito da una ferma opposizione ad alcune richieste quando gli interessi e l'autonomia dell'Organizzazione appariva in discussione. Mentre inizialmente i progetti dell'OMS finanziati dall'EPTA venivano sottoposti all'EPTA stesso quali "proposte", gli organi di governo dell'OMS rinunciarono a questa terminologia conciliante per una formulazione più vincolante che mettesse in rilievo la competenza esclusiva dell'OMS nel lavoro sanitario internazionale e il suo rifiuto a qualsiasi interferenza da parte degli organi dell'EPTA.

La stessa evoluzione si può osservare nel Comitato Tecnico di Assistenza e nel Consiglio di Assistenza Tecnica (TAB). Mentre la prima risoluzione della Assemblea Mondiale della Sanità autorizza il Direttore Generale ad intraprendere appropriate attività di assistenza tecnica "quando approvate dal Consiglio di Assistenza Tecnica", le successive risoluzioni non richiedono che le attività finanziate dall'EPTA siano approvate dagli organi competenti. Andando anche oltre, il Consiglio Esecutivo nel 1953 ha seriamente considerato "la responsabilità data al Presidente Esecutivo e al Consiglio di Assistenza Tecnica dell'ECOSOC dal Comitato di Assistenza Tecnica sotto il quale essi devono esaminare ed approvare proposte e progetti di programmi presentati dall'OMS e valutare l'efficacia dei programmi la cui responsabilità tecnica appartiene all'Organizzazione".¹⁰³ In un'altra formulazione l'OMS enfatizzò ancora, nel 1955, che "la responsabilità per la scelta delle attività che fanno parte del Programma Esteso di Assistenza Tecnica è del governo interessato" e considerò che "questa scelta rappresenta la regola fondamentale sulla quale deve basarsi il programma in ogni Paese".¹⁰⁴

La resistenza opposta dalle organizzazioni partecipanti agli organi di governo dell'EPTA, la troppo frequente utilizzazione dei fondi dell'EPTA per espandere i servizi amministrativi negli uffici direttivi collocati nell'Europa Occidentale e negli Stati Uniti, e la forte competizione tra queste organizzazioni per iniziare i progetti di assistenza tecnica nei Paesi in via di sviluppo, l'utilità di alcuni dei quali era talvolta discutibile, provocò un effetto negativo nei primi anni di attività dell'EPTA stesso. I progetti portati avanti dalle varie organizzazioni non erano integrati in un programma

¹⁰³Res. EB11.R57.1

¹⁰⁴Res.EB15.R30

nazionale coerente e non sempre rispondevano alle reali necessità dei Paesi. Il coordinamento divenne un problema complesso a causa della molteplicità di procedure per la preparazione e l'attuazione dei programmi. L'assenza di un corpo centrale intergovernativo in grado di assicurare un effettivo controllo era un altro handicap.

Il fatto che i segretariati godessero di ampia libertà d'azione causava lo spreco di risorse finanziarie dell'EPTA, una duplicazione di servizi amministrativi, una competizione futile tra i servizi tecnici presso la direzione e quelli nei Paesi in via di sviluppo. Mentre le agenzie partecipanti, incapaci di garantire il proprio coordinamento, impedivano agli organi dell'EPTA di esercitare le loro prerogative, esse si aspettavano che i governi dei Paesi interessati coordinassero autonomamente centinaia di progetti in ogni Paese.

Le organizzazioni partecipanti inoltre, OMS inclusa, contrastavano l'esercizio delle effettive responsabilità da parte dei rappresentanti delle Nazioni Unite operanti nel settore, e molte di esse designavano propri rappresentanti nei Paesi interessati.

I contributi volontari stanziati dall'EPTA per finanziare le attività dell'OMS costituivano un grave problema per l'Organizzazione. La possibilità per gli Stati contribuenti di variare l'ammontare delle loro contribuzioni impediva all'OMS una preparazione metodica dei progetti di assistenza tecnica e spesso causava il fallimento dei programmi. L'Organizzazione poteva soltanto realizzare il suo programma annuale nella misura in cui i fondi divenivano disponibili. Essa qualche volta doveva anche interrompere o ridurre i progetti in corso. La natura volontaria dei contributi poteva influenzare in larga misura le modalità di assistenza tecnica in quanto i Paesi donatori potevano imporre condizioni sull'utilizzo dei fondi. Per esempio la proporzione dei fondi destinati alle borse di studio era molto limitata in confronto a quelli per l'impiego degli esperti. Molti Paesi donatori preferivano assicurare la presenza di propri esperti nei Paesi in via di sviluppo piuttosto che farsi carico dei borsisti di questi Paesi a causa dei problemi connessi alla loro residenza nei Paesi donatori. L'alto livello dei salari, le indennità familiari di cui godevano gli esperti dei Paesi donatori e il dovere dei Paesi interessati di fornire condizioni di vita e di lavoro privilegiate indusse indirettamente alla restituzione di parte dei fondi all'economia nazionale dei Paesi donatori. Infine, la quantità di attrezzature prevista dai progetti dell'EPTA era generalmente inferiore alle necessità dei Paesi interessati,

così che questi Paesi dovevano fornire gran parte dei rifornimenti per la realizzazione dei progetti. Solamente quei rifornimenti ed attrezzature che i Paesi in via di sviluppo non avevano o non potevano procurarsi e che costituivano parte integrante del progetto di assistenza tecnica potevano essere acquistati con i fondi dell'EPTA.¹⁰⁵

8.3 LA PARTECIPAZIONE DELL'OMS AL PROGRAMMA DI SVILUPPO DELLE NAZIONI UNITE (UNDP)

Il Programma Esteso di Assistenza Tecnica e il Fondo Speciale delle Nazioni Unite si fusero nel nuovo Programma di Sviluppo delle Nazioni Unite (UNDP) in occasione dell'Assemblea Generale nel 1965. Nel 1970 l'Assemblea Mondiale confermò la sua convinzione che la programmazione nazionale così come proposta dallo Studio delle Capacità del Sistema di Sviluppo delle Nazioni Unite, avrebbe potuto essere un mezzo vitale ed efficace per affrontare le necessità dei Paesi e la pianificazione per l'assistenza tecnica.

Fino al 1967 l'OMS è stato designato come agenzia esecutiva solo per il 2,2% del programma del Fondo Speciale, destinato al lavoro nell'igiene ambientale con la partecipazione di altre agenzie specializzate delle N.U., in maniera particolare dell'UNICEF. Nel 1967 l'Amministratore dell'UNDP sollecitò un'attenzione maggiore sui progetti sanitari, nel contesto del Fondo Speciale. Oltre ai progetti dell'OMS finanziati dall'UNDP, l'OMS è anche associata ad altri progetti dell'UNDP realizzati da altre agenzie. Il suo ruolo è di fornire consulenza ed esperti per evidenziare le implicazioni di sanità pubblica.

I fondi dell'UNDP hanno generalmente coperto una piccola percentuale del regolare bilancio dell'OMS, soggetta a variazioni. Tra il 1970 e il 1980 questi fondi non superarono, in media, il 7% del bilancio regolare. Vi furono comunque alcuni anni eccezionali tra il 1950 e il 1960 in cui questa percentuale superò il 40%. I fondi dell'UNDP non erano necessariamente utilizzati solo per la realizzazione dei progetti nei Paesi in via di sviluppo: una parte considerevole era destinata ai servizi amministrativi e al loro ampliamento a Ginevra.

¹⁰⁵Y. Beigbeder: International Organization and the Evolution of World Society, Volume 4, The World Health Organization, The Hague/London/Boston, 1998, pp. 106-110

Nel 1982 e 1983 l'OMS era responsabile dei progetti finanziati dall'UNDP per il totale ammontare di circa 53 milioni di dollari, circa l'undici per cento dei fondi straordinari previsti dall'organizzazione in questi due anni. Nel 1990 -1991 i fondi forniti all'OMS ammontarono a 56, 6 milioni di dollari e nel 1992-1993 a 40 milioni di dollari. Per il 1990 -1991 i fondi straordinari rappresentavano il 43.4% delle spese totali dell'OMS. L'UNDP è quindi soltanto uno dei molti fondi volontari che finanziano circa la metà del bilancio totale dell'Organizzazione.

L'UNDP partecipa ad alcuni dei vasti programmi dell'OMS, tra i quali lo Speciale Programma per la Ricerca e Formazione sulle Malattie Tropicali, il Programma Cosponsorizzato di Ricerca, Sviluppo e formazione per la Ricerca sulla Riproduzione Umana, il Progetto sul Controllo della Oncocercosi in Africa Occidentale, il Programma Globale sull'AIDS: l'UNDP è una delle sei organizzazioni che sponsorizzano il Programma Congiunto su HIV/AIDS (UNAIDS), un programma creato il 1996. L'UNDP partecipa anche al finanziamento del Programma Globale dell'OMS sui Vaccini e l'Immunizzazione, al Programma di Azione per l'Eliminazione della Lebbra, ai progetti miranti alla prevenzione della cecità, all'approvvigionamento dell'acqua, alla igiene ambientale, alla nutrizione e alla salute degli anziani.¹⁰⁶

8.4 L'ASSISTENZA AI PAESI IN VIA DI SVILUPPO SOTTO IL REGOLARE PROGRAMMA

La necessità di assistenza tecnica fu particolarmente sentita quando negli anni '60 un numero crescente di Paesi neoindipendenti divennero Membri dell'OMS. La base dell'assistenza era al tempo stesso legale, politica ed umanitaria. L'art.2 del Trattato istitutivo prevede che una delle funzioni dell'Organizzazione è di fornire assistenza tecnica su richiesta o accettazione dei Governi. Lo stesso Trattato istitutivo afferma poi che il godimento del migliore stato di salute raggiungibile costituisce uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano, mentre la salute di tutti i popoli è una condizione fondamentale per la realizzazione della pace e della sicurezza.¹⁰⁷

¹⁰⁶Y. Beigbeder: International Organization and the Evolution of World Society Volume 4, The World Health Organization, The Hague/London/Boston, 1998, pp. 111-112

¹⁰⁷Basic Documents, Forty Second Edition, Geneva, 1999

Al livello politico la Quattordicesima Assemblea Mondiale della Sanità riconobbe implicitamente il ruolo dell'Organizzazione nel sostenere il movimento per l'indipendenza dei Paesi coloniali. L'Assemblea era convinta che l'OMS avesse “una parte importante nel promuovere il fondamentale ed inalienabile diritto dei Paesi coloniali e dei popoli alla libertà e all'indipendenza, assistendoli nell'elevare i livelli di salute fisica e mentale. Un altro dei compiti più urgenti che l'Assemblea riconosceva all'OMS era di aiutare i Paesi di recente indipendenti e quelli che stanno per rendersi indipendenti a superare le lacune nei programmi sanitari e la scarsità di personale medico e sanitario”.¹⁰⁸

Quanto agli elementi umanitari, essi rientrano nell'obiettivo dell'OMS del raggiungimento del più alto livello possibile di salute (senza distinzione di razza, religione, opinioni politiche, condizione economica e sociale) che implica il tentativo di ridurre la crescente differenza che separa i programmi sanitari dei Paesi sviluppati e dei Paesi in via di sviluppo, compresi i Paesi neoindipendenti.

A) Principi dell'azione

I principi che regolano l'assistenza tecnica dell'OMS furono definiti nel 1962, 1968 e 1975 nel modo seguente:

il ruolo dell'OMS è di ovviare alle mancanze affinché nei Paesi riceventi il personale straniero necessario venga ridotto al minimo

l'Organizzazione deve compiacersi del fatto che i Paesi facciano ogni sforzo per raggiungere l'autosufficienza, nel minor tempo possibile, nel fare fronte ai costi dell'essenziale staff medico e paramedico con le proprie risorse

- lo staff operativo è posto a disposizione dei governi interessati ed adempie ai compiti sotto il controllo amministrativo dei Paesi interessati
- la responsabilità del pagamento dei costi per il personale è regolata da un accordo speciale tra l'OMS ed ogni Paese ricevente
- l'assistenza operativa dell'OMS consiste sia nel reclutamento del personale in cooperazione con il governo interessato, sia in un sistema di aiuti finanziari.
- l'assistenza dell'OMS sarà adattata alle necessità dei governi nel contesto dei piani sanitari nazionali

¹⁰⁸Res. WHA14.58, February 1961

- l'assistenza tecnica ai governi dovrebbe consistere primariamente in quei tipi di assistenza e di servizi dei quali è stata provata l'efficacia, così come di quelli normalmente sviluppati dall'Organizzazione. Essa dovrebbe risultare flessibile, adattarsi alle specifiche necessità, condizioni e priorità dei singoli Paesi, includere componenti operative quando necessarie ed infine basarsi sull'esperienza acquisita e sulla conoscenza dei vincoli che limitano il processo di sviluppo dei Paesi in via di sviluppo.¹⁰⁹

B) Le caratteristiche del Programma di Assistenza dell'OMS ai nuovi Stati e alla loro evoluzione

In accordo con una risoluzione del Consiglio Esecutivo del maggio 1961 il coordinamento dei programmi sanitari deve, per essere effettivo, essere assicurato a livello nazionale. Il Consiglio Esecutivo richiamò l'attenzione dei governi sull'importanza della pianificazione sanitaria nazionale affinché tutte le risorse disponibili, da qualsiasi fonte provengano, possano essere utilizzate efficacemente e convenientemente. Il Consiglio inoltre riteneva che l'OMS avrebbe dovuto promuovere un effettivo coordinamento degli aiuti sanitari internazionali assistendo i governi destinatari in modo tale da assicurare un'utilizzazione sistematica di tutti gli aiuti disponibili.

Nella sua quindicesima sessione l'Assemblea Mondiale della Sanità autorizzò il Direttore Generale a sviluppare un programma accelerato, diretto ad assistere gli Stati di recente indipendenti ed emergenti. La parte essenziale del programma consisteva nell'incoraggiare l'elaborazione di piani sanitari nazionali, nell'espandere e nell'accelerare l'istruzione medica e la formazione del personale nazionale e fornire, ove necessario, assistenza operativa a quegli Stati.

Nel 1967 l'Assemblea richiese al Direttore Generale di concedere in larga misura le risorse organizzative disponibili agli Stati per la realizzazione dei loro programmi. La risoluzione del 1975 diede indicazioni più precise circa le modalità dell'assistenza dell'OMS ai Paesi in via di sviluppo:

- creazione e potenziamento dei sistemi sanitari pubblici nazionali
- formazione del personale sanitario pubblico nazionale a tutti i livelli

¹⁰⁹Res. WHA28.76, Maggio 1975

- sviluppo di metodi efficaci per la prevenzione e controllo delle malattie che dovrebbero dare una base metodologica - scientifica ai programmi da portare avanti nei relativi Paesi, essendo ciò garanzia di successo nel controllo delle malattie
- emanazione di raccomandazioni che stabiliscano norme e standard, ivi inclusa la classificazione delle malattie, criteri per valutare la condizione dell'ambiente, metodi di salvaguardia dell'ambiente e salubrità, Farmacopea Internazionale, preparazioni biologiche.

La rivoluzione operativa e concettuale della Strategia della “Salute per Tutti” ha modificato notevolmente l'approccio dell'OMS verso l'assistenza tecnica.

Dopo l'adozione della strategia nel 1981 fu necessario riorganizzare i sistemi sanitari nazionali, distribuire più equamente le risorse disponibili, sviluppare l'infrastruttura sanitaria pubblica, partendo dall'assistenza sanitaria primaria onde promuovere una partecipazione comunitaria e collaborazione interdisciplinare.

Un rapporto dell'UNDP del 1991 sullo “Sviluppo Umano” si riferiva ad alcune componenti della “Salute per Tutti”. Per esempio esso riportava il successo di un progetto di assistenza sanitaria primaria in Senegal, iniziato nel 1975 e in parte finanziato da aiuti esterni. L'obiettivo era di dare assistenza sanitaria agli abitanti di un area povera a Dakar. Nel 1985 erano stati creati 24 posti di lavoro sanitario, con due centri sanitari di livello superiore, sette unità per la maternità e sette unità odontoiatriche. Il tasso di immunizzazione locale fu portato dal 5 al 60%. Con il 1983 i fondi locali finanziarono il 79% dei fondi richiesti. Il rapporto dell'UNDP criticò i progetti prestigiosi, quali l'Istituto di Ricerca sulla Malaria nelle Isole Salomone finanziato dal Giappone per il quale solo i costi per gli impianti di aria condizionata superavano ciò che lo Stato poteva permettersi. Il rapporto raccomandava l'acquisto di farmaci indispensabili, l'impiego di assistenti sanitari, ostetriche e medici tradizionali.

Una conseguenza diretta della nuova strategia fu l'utilizzazione dei termini “cooperazione tecnica” in sostituzione di “assistenza tecnica”. Questi nuovi termini sono stati usati in proposte per il piano finanziario del 1977, a rimarcare il cambiamento fondamentale dell'approccio dell'OMS. In altri termini il cambio di parole significò che l'OMS lavorava con i Paesi e non per essi. Questo approccio non era incompatibile con la funzione di coordinamento dell'OMS. Nello stesso periodo

venne adottato un altro concetto: i Paesi in via di sviluppo dovrebbero anche cooperare fra loro. E' soprattutto dopo l'adozione della risoluzione n. 3461 (XXX) adottata durante la trentasettesima sessione dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite nel dicembre 1975 che l'OMS diede attenzione prioritaria ai diversi aspetti della cooperazione tecnica tra i Paesi in via di sviluppo (TCDC).

Nel 1976 il Consiglio Esecutivo richiese al Direttore Generale di continuare la collaborazione con l'Amministratore dell'UNDP nella promozione della TCDC. Nel 1978 l'Assemblea Mondiale della Sanità esprime la convinzione che la TCDC fosse strumento importante per la liberazione tecnologica dei Paesi in via di sviluppo, in particolare nelle aree di ricerca, sviluppo e formazione e per lo scambio di esperienze ed informazioni sull'assistenza sanitaria. La cooperazione tecnica tra i Paesi in via di sviluppo (TCDC) doveva essere realizzata a tre livelli:

- direttamente al livello dei Paesi interessati, allo scopo di assicurare lo sviluppo dei servizi sanitari nazionali
- a livello regionale, per collaborare alla creazione e all'uso effettivo della ricerca nazionale e dei centri di formazione
- in collaborazione con l'OMS nello sviluppo e promozione della TCDC e nell'assicurare sostegno alla sua attuazione.

Nel 1976 l'Assemblea richiese al Direttore Generale di portare avanti la collaborazione con l'Amministratore dell'UNDP al fine di promuovere le attività della TCDC nel settore sanitario.

Nel 1979 l'OMS approvò le conclusioni e le raccomandazioni della Conferenza delle N. U. sulla TCDC tenutasi a Buenos Aires dal 30 agosto al 12 settembre 1978. Fu un riconoscimento di fallimento: considerando che la redistribuzione delle risorse era stata "alquanto inadeguata" dal momento che le risorse assegnate dall'OMS e da altre organizzazioni internazionali ai Paesi in via di sviluppo non erano sufficientemente indirizzate a questi Paesi, l'Assemblea richiese al Direttore Generale di elaborare proposte atte a ridurre "la distribuzione inadeguata e intollerabilmente ingiusta delle risorse sanitarie nel mondo". Il Direttore Generale fu esortato a sostenere la distribuzione delle risorse del bilancio ordinario e straordinario in maniera equa ai Paesi in via di sviluppo, soprattutto a quelli in maggiore difficoltà. Vennero riconosciute notevoli differenze tra i Paesi in via di sviluppo: alcuni si erano allineati al mondo sviluppato, mentre altri non erano in grado di combattere autonomamente

contro la sovrappopolazione, la guerra civile, il debito estero e la cattiva amministrazione delle risorse.

La cooperazione fra Paesi in via di sviluppo, che aveva dimostrato la propria utilità, non poteva comunque sollevare i Paesi meno avanzati dal sottosviluppo cronico e dal pauperismo crescente. Fu ancora una volta necessario chiedere aiuto ai Paesi industrializzati. Nel 1984 l'Assemblea sollecitò i Paesi sviluppati a continuare a fornire ai Paesi in via di sviluppo, particolarmente a quelli più poveri, cooperazione tecnica e risorse finanziarie mediante canali bilaterali e multilaterali compresa l'OMS. Nonostante questa esortazione l'Assemblea si accorse un anno più tardi che il deterioramento della situazione sanitaria nei Paesi più poveri tra quelli in via di sviluppo era in contraddizione flagrante alla Strategia Globale della "Salute per Tutti".

Nel 1989 l'OMS intraprese un'iniziativa speciale per un'intensa cooperazione: obiettivo di questa Iniziativa era "migliorare ed ampliare la cooperazione tecnica dell'OMS con Paesi, soprattutto quelli più bisognosi, incoraggiando una risposta concreta ed integrata da parte di tutti i livelli dell'Organizzazione per meglio identificare le necessità, consolidando la capacità dei Paesi nella formulazione di politiche, pianificazione strategica, gestione del settore sanitario e della cooperazione internazionale, coordinamento e gestione degli aiuti, e promovendo partnerships con agenzie di finanziamento e di sviluppo al fine di mobilitare le risorse adeguate per uno sviluppo sanitario effettivo".

Questa Iniziativa mirava a coordinare risorse e programmi e a promuovere un impegno internazionale che rispondesse alle necessità dei Paesi, caso per caso, nella sanità pubblica e nello sviluppo. Una volta che un governo ha dato la sua approvazione a condurre le attività sotto tale programma, il personale dell'OMS ed i funzionari nazionali intraprendono un'analisi congiunta dei vari aspetti dello sviluppo sanitario, ivi compreso l'ambiente istituzionale ed economico per la previsione di assistenza sanitaria, la valutazione della forma e del volume dei contributi da parte delle agenzie donatrici e il ruolo delle organizzazioni private e non governative. Tale studio dovrebbe evidenziare problematiche critico - strategiche nello sviluppo sanitario, aree dove le risorse sono maggiormente urgenti e opzioni per l'intervento.

In Nepal l'OMS agevolò la creazione di una task force interministeriale sulle economie sanitarie, la quale aveva il compito di analizzare le implicazioni dello sviluppo sanitario sotto vari aspetti relativamente alla crescita economica ed alla disponibilità di finanziamento esterno. In Guatemala fu organizzato un programma di formazione sul controllo di malattie trasmissibili acute e sulla sorveglianza igienica nelle fattorie con lavoratori emigranti, il quale ridusse significativamente le epidemie di colera.

Nel 1995 tale Iniziativa venne applicata in altri 26 Paesi.¹¹⁰

8.5 RIFLESSIONI SULLA COOPERAZIONE TECNICA

Dalle attività di cooperazione tecnica dell'OMS i Paesi in via di sviluppo attendono legittimamente risultati concreti. Molti di questi Paesi sono in stato di quasi totale indigenza per quanto concerne le infrastrutture sanitarie. Tale cooperazione, per risultare fattiva, richiede alcune condizioni che non sempre vengono rispettate.

Inizialmente la cooperazione tecnica è spesso consistita in consulenze di specialisti e tecnici inviati dall'Organizzazione ai Paesi riceventi i quali potevano trarne vantaggio soltanto se disponevano dei mezzi per tradurle in pratica. La cooperazione tecnica dell'OMS non prevede opere concrete come la costruzione di ospedali finanziata con fondi dell'OMS, o l'invio di medici e di altro personale sanitario.

In molti Paesi in via di sviluppo le infrastrutture sanitarie sono carenti e mancano altresì le riserve nazionali che dovrebbero finanziarle; prevale spesso l'instabilità politica, guerre civili, calamità naturali, sovrappopolazione, rifugiati, carestia, vecchie e nuove malattie si aggiungono ai problemi dei governi. L'esodo dei medici verso Paesi che offrono stabili condizioni di lavoro e una remunerazione più elevata è solo una delle tante conseguenze del sottosviluppo.

In aggiunta l'OMS non è sempre stato in grado di aiutare i Paesi sottosviluppati nell'individuare soluzioni adeguate alle loro risorse e al loro potenziale operativo. Generalmente l'Organizzazione ha circoscritto l'assistenza all'invio di esperti che spesso proponevano metodi e soluzioni già applicate nei propri Paesi.

I costi che i Paesi in via di sviluppo dovevano affrontare per ottenere la cooperazione tecnica dell'OMS erano spesso troppo gravosi in relazione alle proprie risorse e ai

risultati auspicati. Anche se è comprensibile che i Paesi riceventi dovessero assumere parte delle relative spese, (se non altro per evitare una forma di “neocolonialismo medico”), la loro partecipazione finanziaria era eccessiva.

Per ultimo le variazioni nel finanziamento dei programmi dell’UNDP sollevano il problema delle contribuzioni volontarie dipendenti dalla buona volontà o dalla “fatica” dei Paesi donatori, dallo stato dell’economia mondiale o delle economie nazionali, dal cambiamento delle priorità tecniche o politiche e dai tabù politici, culturali e religiosi di alcuni programmi. Queste variazioni ostacolano o impediscono qualsiasi sforzo di pianificazione a medio o a lungo termine con conseguenze negative sui progetti e sulla occupazione del personale.

Più in generale, la cooperazione tecnica nel campo sanitario è oggetto delle stesse critiche che vengono rivolte all’aiuto internazionale: la cooperazione tecnica internazionale, e più precisamente quella fornita dalle organizzazioni delle Nazioni Unite, è stata recentemente criticata per l’incapacità di risolvere i problemi dei Paesi sottosviluppati. Critiche sono state inoltre rivolte alla mancanza di efficacia dei programmi, alla loro inadeguatezza alle particolari condizioni dei singoli Paesi, agli eccessivi costi dell’impiego di “esperti internazionali”, all’eccessivo numero di progetti scarsamente finanziati e alla cattiva gestione dei fondi e delle borse di studio. La mancanza di una sistematica ed obiettiva valutazione dei risultati ottenuti in relazione agli scopi e ai costi fissati e la formulazione di programmi troppo ambiziosi o vaghi sono ulteriori critiche rivolte alla cooperazione tecnica: Quale è il reale significato del “rafforzamento dei servizi sanitari” nel Paese destinatario?

Si potrebbe rispondere a queste critiche ricordando che le risorse e gli strumenti dell’azione dell’OMS sono limitati e che gli ostacoli incontrati dall’Organizzazione nelle sue attività di cooperazione tecnica sono spesso di natura politica ed economica, sfere al di sopra della sua portata.

É anche chiaro che la realizzazione della Strategia della “Salute per Tutti” dipende essenzialmente dalla volontà politica degli Stati Membri e che il compito dell’OMS consiste soprattutto nel delineare i principi guida, nel proporre metodi di valutazione

¹¹⁰ Y. Beigbeder: *International Organization and the Evolution of World Society*, Volume 4, The World Health Organization, The Hague/London/Boston, 1998, pp. 116-121

e di pianificazione, nell'esortare i governi degli Stati Membri e relativi ministeri della sanità a adottare e realizzare una razionale strategia sanitaria nei propri Paesi.

**Capitolo 9: RUOLO OPERATIVO DELL'OMS: CONTROLLO
ED ERADICAZIONE DELLE MALATTIE**

9.1 I PROGRAMMI VERTICALI

La lotta contro specifiche malattie è uno degli aspetti della cooperazione tecnica.

I programmi cosiddetti “verticali” come l’eradicazione del vaiolo o la lotta alla malaria sembrano contraddire la Strategia “della Salute per Tutti” che privilegia un approccio orizzontale basandosi sull’assistenza sanitaria primaria.

Lo svantaggio dell’approccio settoriale alla singola malattia è di dover creare e finanziare gruppi di lavoro specializzati nei Paesi interessati, a scapito dell’approccio preventivo e dei fondi destinati ai servizi sanitari di base.

Si rende quindi necessario integrare le campagne contro questa o quella malattia all’interno di uno schema e di un programma complessivo dei ministeri della sanità e dei servizi sanitari di base per evitare dispersioni di sforzi e risorse.

Poiché le risorse destinate ai programmi di sanità pubblica sono limitate, i Paesi donatori e riceventi devono risolvere la questione delle priorità: ciascun governo dovrà decidere sulla base delle proprie priorità politiche ed economiche, e sulla base della situazione sanitaria interna.

A livello internazionale, gli organi direttivi dell’OMS e l’insieme degli Stati Membri, decideranno le strategie e le politiche proposte dal segretariato, autorizzeranno programmi specifici, mentre il segretariato avrà il compito di ottenere finanziamenti e realizzare i programmi.

I vasti programmi verticali lanciati dall’OMS pongono un’altra questione relativa alla struttura regionale dell’Organizzazione.

Tali programmi sono guidati da un dipartimento centrale, sotto l’autorità del Direttore del Programma.

La gestione dei Programmi, le decisioni tecniche, i compiti dello staff, la distribuzione delle risorse finanziarie, sono accentrate a Ginevra, mentre le attività programmatiche sono condotte nei Paesi che appartengono ai gruppi regionali dell’OMS: tali attività dovrebbero essere normalmente approvate e dirette dagli Uffici Regionali interessati.

La realizzazione di alcuni di questi programmi, ha creato conflittualità fra la sede centrale dell’OMS e i Direttori Regionali, preoccupati di preservare il potere e l’autonomia regionale contro la leadership e l’influenza della direzione centrale.

La logica di una campagna mondiale contro una malattia richiede unità decisionale e direttiva da parte della sede centrale.

A questo proposito si lamentano spesso mancanza di competenza e / o inefficienza dei servizi tecnici e amministrativi di alcuni Uffici Regionali.

La regionalizzazione è comunque prevista dallo statuto dell'OMS e non può essere contestata apertamente: i servizi tecnici centrali devono quindi ottenere la cooperazione degli Uffici Regionali, mantenendo controllo tecnico e finanziario sulle attività delegate a questi uffici.

Il successo o il fallimento di queste campagne dipende da molti fattori.

Ai livelli scientifico e tecnico, la questione principale è se l'OMS dispone di mezzi efficaci contro una malattia specifica.

Altra questione è se gli Stati Membri daranno il loro sostegno politico e finanziario ad una campagna specifica.

Per ultimo, l'interrogativo se l'OMS ha la capacità tecnica e gestionale di condurre la campagna a livello internazionale.

Contrariamente agli obiettivi talvolta piuttosto vaghi di alcuni programmi dell'OMS, il vantaggio di un programma verticale è l'identificazione di un "nemico specifico", la conoscenza dei mezzi tecnici di controllo o eradicazione (immunizzazione, farmaci efficaci ecc.) e la possibilità di stimare o valutare i risultati della campagna stessa.

Come dimostrato dal Programma di eradicazione del vaiolo, il suo successo dà prestigio e visibilità all'Organizzazione.

Il lancio di una campagna è stato generalmente intrapreso dai Servizi Tecnici della sede centrale sulle base dei rapporti dei comitati di esperti, i quali dovevano convincere il Direttore Generale a proporre il programma agli organi direttivi dell'Organizzazione.

Dopo l'approvazione dell'Assemblea, il servizio tecnico competente presso la sede centrale è responsabile per la pianificazione, realizzazione e identificazione dei metodi di valutazione sotto l'autorità del Direttore dei Programmi.

L'attuazione del programma richiederà la cooperazione degli Uffici Regionali e dei Ministeri della Sanità dei Paesi interessati. Oltre ai fondi previsti dal bilancio ordinario o straordinario dell'Organizzazione, risorse supplementari possono essere reperite dai principali donatori internazionali (quali Banca mondiale, UNDP,

UNICEF e altri fondi volontari delle Nazioni Unite e l'Unione Europea), da donatori nazionali (Paesi industrializzati) e Organizzazioni non Governative.

9.2 UN FALLIMENTO: IL PROGRAMMA DI ERADICAZIONE DELLA MALARIA

Il concetto di eradicazione della malaria fu presentato per la prima volta nel 1948 da Emilio Pampana, uno studioso di malaria di fama internazionale, al IV Congresso Internazionale di Medicina Tropicale e Malaria tenutosi a Washington.

Già nel 1947, la Commissione ad Interim dell'OMS aveva convocato un Comitato di Esperti sulla Malaria.

Sebbene fossero stati presentati due farmaci antimalarici sperimentati, il Comitato raccomandò l'uso del DDT contro le zanzare adulte, quale strumento principale per arginare la malaria.¹¹¹

A) Creazione ed evoluzione del Programma

Nel Maggio del 1955, l'Assemblea decise che l'OMS dovesse attuare un programma con l'obiettivo ultimo dell'eradicazione mondiale della malaria e stabilì un fondo speciale per la sua attuazione.

La risoluzione WHA8.30 sollecitò i governi ad intensificare i piani per il controllo della malaria nelle singole nazioni, affinché l'eradicazione della malaria potesse avere successo e le campagne per l'uso regolare dell'insetticida si concludessero prima che si instaurasse la resistenza agli insetticidi nei vettori dell'anofele.

Nel 1956 furono notati i primi successi in diversi Paesi.

Nel 1960, sessantacinque Paesi e territori avevano in corso programmi operativi mentre altri 33 si apprestavano a seguire tale iniziativa.

Nel 1964, l'intera campagna copriva i due terzi della popolazione mondiale esposta alla malattia.

Nel 1966 l'Assemblea notò che il 52% della popolazione nelle aree sottoposte a trattamento si affrancava dal rischio di contrarre la malaria.¹¹²

¹¹¹ The First Ten Years of the World Health Organization, Geneva, 1958, pp.172-173

¹¹² Res. WHA8.30 May 1955, WHA9.61 May 1956, EB25.R.21 January 1960, WHA17.22, May 1964, WHA18.3 May 1965

Sorsero comunque presto problemi di natura tecnica ed operativa: servizi sanitari nazionali inadeguati, quadri epidemiologici speciali, resistenza agli insetticidi o mutazioni dei vettori e resistenza dei parassiti ai trattamenti.¹¹³

A metà degli anni '60 fu chiaro che l'eradicazione della malaria era in una fase di stallo. Nel 1967, l'Assemblea espresse la sua grande preoccupazione e ritenne necessario rivedere la strategia globale per il suo debellamento.

Un rapporto del Direttore Generale del 1969 all'Assemblea documentò una serie di problemi operativi, tecnici, di pianificazione e finanziari concludendo che: "Gli attuali metodi di eradicazione...sono ancora complessi e spesso troppo costosi per le limitate risorse dei Paesi in via di sviluppo. Qualora non si semplifichi ulteriormente la metodologia, l'eradicazione globale della malaria, sebbene teoricamente possibile, richiederà ancora moltissimi anni".

Nel luglio del 1969 l'Assemblea dovette riconoscere i fallimenti riportati durante lo svolgimento della campagna.

L'Assemblea riesaminò la strategia, accentuando la necessità del coinvolgimento dei servizi sanitari nazionali nel programma fino ad allora essenzialmente verticale.

Sebbene l'eradicazione della malaria rimanesse l'obiettivo finale, l'OMS raccomandò che, nei Paesi dove l'eradicazione fosse difficile, le operazioni di controllo sulla malaria prevedessero una fase di transizione.

In realtà, il controllo della malaria ha sostituito l'eradicazione della stessa, il cui fallimento era evidente.¹¹⁴

B) Le basi tecniche del Programma

Nel 1959, con la risoluzione WHA12.49, l'Assemblea aveva definito l'eradicazione della malaria "la fine della trasmissione della malaria e l'eliminazione dell'infezione in una campagna limitata nel tempo e condotta con tale perfezione da impedirne il ritorno dell'insorgenza".

Il concetto di base dell'eradicazione della malaria non è di sterminare del tutto i vettori, ma piuttosto di annientare, all'interno delle abitazioni, le zanzare responsabili

¹¹³ Res. WHA14.2 February 1961, WHA16.23, May 1963

¹¹⁴ Y. Beigbeder: International Organization and the Evolution of World Society, Volume IV, The World Health Organization, The Hague/ London /Boston, 1998, pp.125-128

dell'infezione, spruzzando un insetticida sulle superfici interne dove possono depositarsi le zanzare.

Lo scopo della eradicazione della malaria è quindi di interrompere il ciclo di trasmissione per tre anni, in modo che, da quel momento in poi, le misure profilattiche contro le zanzare infette possano essere sospese, lasciando in vita il vettore anofele ma togliendogli la capacità di divenire infetto.

L'obiettivo del controllo sulla malaria è per contro più limitato: esso implica la riduzione della malattia fintantoché questa non costituirà più un problema sanitario grave.¹¹⁵

Il controllo richiede un lavoro costante nel tempo.

I metodi, sia per il controllo che per l'eradicazione della malaria sono indiretti: essi si applicano all'ambiente mediante disinfestazione e richiedono quindi notevoli mezzi logistici, strumenti e personale, nonché notevoli sforzi economici.

Alla base della conoscenza scientifica di allora non si poteva ravvisare un metodo efficace, diretto, semplice ed a basso costo per aggredire la malattia quale la vaccinazione preventiva e il trattamento terapeutico con farmaci.

C) Attuazione del Programma

IL Programma di Eradicazione della Malaria fu intrapreso con "enorme entusiasmo", grazie ad un gruppo dinamico diretto dal Dottor Pampana presso la sede centrale dell'OMS. Specialisti e consulenti sulla malaria lavoravano anche negli Uffici Regionali.

Gruppi di esperti avevano il compito di valutare lo sviluppo del programma di eradicazione nei diversi Paesi e intraprendere studi epidemiologici specifici nelle aree che presentavano problemi tecnici.

Su richiesta dei governi, l'Organizzazione inviava gruppi di consulenti che, a seconda delle necessità, comprendevano funzionari medici, (specialisti in malaria, esperti sanitari ed epidemiologi), ingegneri ambientali, entomologi, parassitologi, educatori sanitari, igienisti e amministratori.

¹¹⁵ Res. WHA12.49 May 1959

The First Ten Years of the World Health Organization, Geneva, 1958 pp.177-178

The Second Ten Years of the World Health Organization 1958-1967, Geneva, 1968, pp.161-162

Vennero organizzati programmi di formazione per il personale nazionale e internazionale.

Lo staff dell'OMS passò da 84 Membri nel 1955, a 577 nel 1960 e il Programma divenne presto l'attività più importante dell'OMS.

D) Ostacoli

In un articolo del 1988, Il Dottor Bruce-Chwatt indicò gli impedimenti che causarono il definitivo fallimento del programma: la complessità amministrativa, le difficoltà dei controlli di base, l'impatto sulla resistenza crescente dei vettori agli insetticidi, l'abitudine di alcune anofele di riprodursi all'aperto, l'impossibilità da parte delle squadre addette alla disinfestazione di disinfestare le aree isolate, difficoltà e alto costo dei mezzi di trasporto e strutture primitive delle abitazioni.

Altre difficoltà erano di ordine finanziario, amministrativo e politico comuni alle condizioni sanitarie dei Paesi tropicali, dove i servizi sanitari di base sono spesso inadeguati per la carenza di personale qualificato.

Durante una Conferenza Ministeriale sulla Malaria tenutasi ad Amsterdam il 26/27 ottobre del 1992, i partecipanti sottolinearono alcuni ostacoli al controllo della malaria nei Paesi in cui la malattia era endemica. Fra questi:

- a) crescita della popolazione e basso livello d'istruzione
- b) sviluppo inadeguato dei servizi sanitari periferici
- c) scarsa partecipazione della comunità ai programmi di protezione e promozione sanitaria
- d) conoscenza inadeguata a livello della comunità circa i farmaci antimalarici e distribuzione degli stessi
- e) mancanza di risorse gestionali
- f) mancanza di risorse finanziarie nel settore sanitario, aggravata dalla crisi economica del momento
- g) mancanza di volontà nazionale nell'affrontare la malaria con gli strumenti già disponibili, in gran parte dovuta ai dubbi e alle disillusioni del passato.

E) Recenti sviluppi

La malaria risulta ancora essere la più importante malattia tropicale parassitica nel mondo, e uccide più persone di qualsiasi altra malattia infettiva, tubercolosi a parte.

Essa rappresenta per oltre 90 Paesi un problema di salute pubblica colpendo circa il 40% della popolazione mondiale.

Ogni anno si registrano dai 300 ai 500 milioni casi clinici di malaria, il 90% dei quali in Africa, e da i 1.5 a 2.7 milioni di morti, soprattutto tra i bambini.

L'OMS ha riconosciuto che le campagne su larga scala non erano sufficienti a limitare la malaria e optò quindi per un approccio più limitato e selettivo.¹¹⁶

Nel 1992, la Conferenza Ministeriale sulla Malaria approvò una nuova Strategia Globale dell'OMS per il controllo della Malaria mirante a prevenire la mortalità, a ridurre la morbilità e anche le perdite economiche e sociali dovute alla malattia.

I quattro elementi principali della Strategia sono:

- a) diagnosi precoce e trattamento immediato della malattia
- b) pianificazione e realizzazione di misure selettive e preventive forti (incluso il controllo dei vettori)
- c) individuazione precoce ai fini di prevenire e circoscrivere l'epidemia
- d) potenziamento della ricerca a livello locale per valutare regolarmente le situazioni dei Paesi malarici, in particolare evidenziandone gli aspetti ecologici, sociali ed economici.

Il controllo della malaria, Paese per Paese, risulta essere un approccio più realistico ed ha sostituito il precedente e troppo ambizioso programma di eradicazione mondiale.

Progressi sono stati fatti nella ricerca e nello sviluppo di nuovi strumenti da utilizzare nelle attività per il controllo della malaria. Tra questi, la ricerca per valutare l'efficacia di zanzariere impregnate di insetticida.¹¹⁷

9.3 LA “CROCIATA VITTORIOSA” CONTRO IL VAIOLO

Nel 1966, l'Assemblea Mondiale della Sanità lanciò un programma mondiale per l'eradicazione del vaiolo (RES. WHA19.16.)

L'8 maggio 1980, l'Assemblea approvò le conclusioni della Commissione Globale per la Certificazione dell'Eradicazione del Vaiolo secondo le quali:

- a) l'eradicazione del vaiolo ha avuto successo in tutto il mondo

¹¹⁶The World Health Report 1996, Geneva, pp. 47-48

¹¹⁷ Y. Beigbeder: International Organization and the Evolution of World Society, Volume IV, The World Health Organization, The Hague/ London /Boston, 1998, pp.128-131

b) non è dimostrato che il vaiolo possa riproporsi quale malattia endemica.

Il vaiolo è stato conosciuto in tutte le epoche, in tutti i Paesi, climi e popolazioni. All'inizio del ventesimo secolo, esso era presente in tutti e cinque i continenti e non risparmiava alcun Paese. Durante la prima metà del XX secolo, esso fu debellato in quasi tutta Europa, nel Nord e Centro America e Australia, mentre rimaneva ancora endemico in gran parte dell'Africa, Asia e Sud America.

Nei Paesi sviluppati, le autorità sanitarie comunque continuavano a tutelarsi contro la reintroduzione della malattia attraverso misure di quarantena, controlli e vaccinazioni.

La lotta contro il vaiolo interessava Paesi sviluppati e in via di sviluppo per le sue implicazioni sanitarie, economiche ed umanitarie: gli Stati Membri diedero unanime sostegno al nuovo programma dell'OMS fornendo anche assistenza tecnica.

Fu Edward Jenner, un giovane medico inglese, che nel 1796 scoprì che la vaccinazione poteva proteggere dal vaiolo. Nel 1801 egli predisse che il vaiolo, il più grande flagello della specie umana, sarebbe stato sconfitto con la vaccinazione.¹¹⁸

A) La creazione del Programma

Nel giugno del 1958, su iniziativa della Russia, l'Assemblea Mondiale della Sanità decise di intraprendere l'eradicazione mondiale del vaiolo sulla base di tre considerazioni:

- 1) sul piano sanitario: il vaiolo rimaneva una malattia infettiva diffusa e pericolosa per la vita e la salute della popolazione in molte regioni del mondo;
- 2) sul piano economico: le spese per il controllo e la vaccinazione contro il vaiolo, eccedevano quelle richieste per l'eradicazione dello stesso;
- 3) sul piano tecnico: il progresso della scienza medica e l'avanzamento dei servizi sanitari per il controllo delle malattie infettive.

Nel gennaio del 1959, il Consiglio Esecutivo introdusse un altro elemento importante di natura tecnica ed operativa: era stato dimostrato che l'eradicazione del vaiolo da un'area endemica, poteva avere successo attraverso una campagna di vaccinazione o

¹¹⁸Y. Beigbeder: International Organization and the Evolution of World Society, Volume IV, The World Health Organization, The Hague/ London /Boston, 1998, pp.132-134

rivaccinazione dell'80% della popolazione in un arco compreso fra i quattro o cinque anni.

Nel 1965, l'Assemblea dichiarò che l'eradicazione mondiale del vaiolo rappresentava uno degli obiettivi principali dell'Organizzazione e, l'anno successivo, decise che la partecipazione dell'Organizzazione al Programma sarebbe stata finanziata con bilancio regolare.¹¹⁹

B) Le basi tecniche dell'eradicazione

L'eradicazione del vaiolo si deve a:

- a) il riconoscimento dei casi di vaiolo è relativamente semplice
- b) il vaiolo si trasmette soltanto da persona a persona. Non si conoscono casi di vaiolo nel mondo animale
- c) la trasmissibilità dell'infezione è bassa e l'epidemia si sviluppa lentamente
- d) gli eventuali individui infetti o predisposti possono essere prontamente individuati
- e) il numero di catene di trasmissione è abbastanza ridotto
- f) predisponendo un sistema di controllo in grado di identificare prontamente i focolai di infezione, piccole ma mirate azioni di contenimento, possono interrompere le catene di trasmissione e il vaiolo può essere eradicato in un tempo relativamente breve
- g) dal 1969 l'utilizzo di un ago a due punte ha notevolmente migliorato le tecniche di vaccinazione.

C) La realizzazione del Programma

Il programma fu diretto, dal 1966 al 1977, dal Dottor Donald A. Henderson presso la sede centrale dell'OMS a Ginevra.

Specialista di grande fama portò grande dinamismo e motivazione, il che stimolò il personale impegnato nel Programma a superare ostacoli e raggiungere il successo finale.

Lo staff internazionale era costituito da 687 persone provenienti da 73 Paesi.

¹¹⁹ Res. WHA11.54 June 1958, EB23.R.71, January 1959, WHA18.38, May 1965, WHA19.16, May 1966.

Al Programma lavorarono anche gruppi di volontari dagli Stati Uniti d'America, Austria e Giappone, e circa 150.000 Membri dei servizi sanitari nazionali.

Si spesero complessivamente 313 milioni di dollari per l'eradicazione del vaiolo nel mondo.

Secondo una stima prudente i costi riguardanti i programmi di vaccinazione sistematica in tutti i Paesi, i servizi di quarantena, il controllo internazionale dei viaggiatori e l'assistenza medica in casi di complicazioni dovute alla vaccinazione, ammontavano a circa un bilione di dollari all'anno.

Questi grandi sforzi economici hanno tuttavia portato alla scomparsa di una malattia temuta che causa morte, cecità, deturpazione e sofferenza umana.

Nel dicembre del 1979, la Commissione Globale per la Certificazione del Vaiolo, concluse che l'eradicazione globale del vaiolo era stata raggiunta.

L'ultimo caso di vaiolo fu registrato in Somalia, il 26 ottobre del 1977.

Nel maggio del 1980, l'Assemblea dichiarò solennemente che “il mondo e la sua popolazione si erano liberate dal vaiolo”, un successo senza precedenti.

Questo fu il primo esempio di eradicazione di una malattia da parte dell'uomo, grazie agli sforzi congiunti dell'OMS, degli Stati Membri, di Organizzazioni Governative e non Governative, e di volontari.

L'allora Direttore Generale, il Dr. Mahler, dichiarò che l'eradicazione del vaiolo dimostrava che “grandi vittorie possono essere raggiunte con la cooperazione internazionale, quando gli obiettivi sono ben definiti, i piani realisticamente costruiti e le risorse necessarie disponibili in tempo utile” e che l'esperienza accumulata dovrebbe essere utilizzata “per affrontare efficacemente altri problemi sanitari con lo stesso entusiasmo ed ottimismo, con la stessa dedizione che ha caratterizzato la crociata vittoriosa contro il vaiolo”.¹²⁰

9.4 UN ALTRO SUCCESSO DELL'OMS: IL PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA ONCORCEROSI IN AFRICA OCCIDENTALE

L'oncocercosi, o cecità da fiume, è la seconda causa di cecità nel mondo. E' presente in 34 Paesi Africani, nella penisola Arabica e nelle Americhe.

Il Programma dell'OMS per il Controllo dell'Oncocercosi fu intrapreso nel 1974 in sette Paesi Africani, ed esteso ad altri quattro nel 1986. Il Programma copre un'area operativa di 1.23 milioni chilometri quadrati e una popolazione complessiva di circa 30 milioni di persone.

All'inizio del Programma, più di un milione di persone in Africa Occidentale soffrivano di questa malattia, dei quali 100.000 avevano gravi problemi agli occhi e 35.000 erano ciechi.

Alla fine del 1995, il numero di persone infette nell'area originaria di intervento era in pratica nullo.

Circa dieci milioni di bambini, nati nelle aree sottoposte al Programma, non corrono più il rischio di contrarre la malattia.

Si stimò anche che entro il 2000 il Programma avrebbe potuto prevenire circa 300.000 casi di cecità negli undici Paesi interessati.

Le attività sul controllo dei vettori hanno contribuito anche a risanare venticinque milioni ettari di terreno in precedenza abbandonati per timore della malattia. Questa terra può potenzialmente nutrire altri diciassette milioni di persone all'anno.

Il programma dovrebbe concludersi entro il 2002. Il costo preventivato è di 550 milioni di dollari, meno di un dollaro all'anno per ogni persona protetta.

Il Programma è sponsorizzato congiuntamente dall'OMS, dalla Banca Mondiale, dal UNDP e dalla FAO. E' sostenuto da una coalizione di ventidue Paesi donatori ed agenzie. L'OMS ne è l'agenzia esecutiva, mentre la Banca Mondiale ha il compito di procurare le risorse e di amministrare il Programma Trust Fund. Nel 1994, lavoravano per il Programma 220 esperti dell'OMS, ed altri 600 erano impiegati a livello nazionale: il 98% di questo personale è stato fornito dagli Stati Africani.

L'oncocercosi è causata da un verme parassita, che può vivere fino a quattordici anni nel corpo umano.

Il metodo principale del Programma di Controllo dell'Oncocercosi consiste nell'interrompere il ciclo di trasmissione.

L'introduzione dell'ivermectina ha portato alla definizione di una nuova strategia globale per il controllo della malattia, basata sulla somministrazione annuale di singole dosi d'ivermectina alle popolazioni colpite. Il farmaco è fornito gratuitamente dalla Merck & Co.

¹²⁰Res. WHA33.3, May 1980

Nel 1994, la Banca Mondiale stanziò fondi per una nuova iniziativa, il Programma Africano per il Controllo della Oncocercosi, da realizzare in altri sedici Paesi dove la malattia colpisce ancora.

L'OCP non è un programma di eradicazione, è regionale e non è globale come i programmi di eradicazione della malaria e del vaiolo. La sua metodologia è simile a quella per il controllo della malaria, in quanto l'attacco viene diretto al vettore, la mosca nera, mediante insetticidi specifici e disinfestazione lungo le correnti dei fiumi.

Dal 1987 comunque, la somministrazione dell'ivermectina ha affiancato efficacemente le attività di disinfestazione.

I risultati importanti finora raggiunti da questo Programma sono dovuti alla definizione delle condizioni di partenza degli interventi, condizioni simili a quelle applicate al Programma Globale di Eradicazione del Vaiolo: l'OCP solleciterà un problema socioeconomico e sanitario, recepito quale prioritario dalle popolazioni e dai governi interessati. Al successo contribuiscono la tecnologia avanzata e l'importanza attribuita alla ricerca operativa, i programmi a medio termine, la relativa autonomia del programma, il flusso di informazioni regolare, la trasparenza delle operazioni, la direzione valida, lo staff altamente qualificato e con grande senso di disciplina e ordine, dell'onore e dell'orgoglio. Al successo contribuiscono inoltre il decentramento dei poteri per il controllo degli interventi, la flessibilità nella realizzazione dei programmi, la standardizzazione e la formazione di metodologie analitiche di controllo e la ricerca di un miglior rapporto costo-effetto.¹²¹

9.5 L'IMMUNIZZAZIONE DEI BAMBINI NEL MONDO

La Dichiarazione di Alma-Ata del 1978 considerava l'immunizzazione contro le maggiori malattie infettive uno degli otto elementi necessari, affinché entro l'anno 2000 tutto il genere umano potesse godere dell'assistenza sanitaria primaria.

Negli anni '60, non erano ancora stati iniziati programmi di vaccinazione, non esistevano comunicazioni sistematiche sulla quantità e qualità dei vaccini, particolarmente nei Paesi in via di sviluppo e, per ultimo, i programmi di vaccinazione rientravano raramente nelle attività dei servizi sanitari nazionali.

Nel 1974, l'Assemblea Mondiale della Sanità creò il Programma Esteso di Immunizzazione (EPI) finanziato da un fondo speciale del Voluntary Fund for Health Promotion, e raccomandò che gli Stati Membri sviluppassero i programmi di immunizzazione e di controllo contro alcune gravi malattie: difterite, pertosse, tetano, morbillo, poliomielite, tubercolosi, vaiolo ed altre, a seconda della situazione epidemiologica esistente nei diversi Paesi.

Nel 1976, fu approvata la fusione del Programma di Eradicazione del Vaiolo con l'EPI. Nel 1978, l'Assemblea definì l'obiettivo dell'EPI: l'immunizzazione per tutti i bambini del mondo entro il 1990.¹²²

Fu nominato un Direttore dell'EPI presso la sede centrale dell'OMS il quale venne affiancato da altre 12 persone.

I Consulenti Regionali furono nominati negli Uffici Regionali. Fu data assoluta priorità alla ricerca operativa rispetto a quella di base: la stabilità dei vaccini, l'età ottimale per le vaccinazioni, il miglioramento della catena del freddo, il miglioramento delle tecniche di vaccinazione, l'area dell'immunizzazione e il controllo della qualità del vaccino.

Alla fine del 1983, un nuovo programma sui vaccini fu affidato all'OMS all'interno dell'EPI.

Lo scopo era di stimolare, coordinare e stabilire le priorità di ricerca e di sviluppo sui nuovi vaccini.

La produzione di nuovi agenti e il trasferimento delle tecnologie appropriate dai Paesi sviluppati a quelli meno sviluppati rappresentavano gli aspetti essenziali del Programma.

Le strategie coinvolsero produttori e organizzazioni nazionali.

Per la prima volta nel 1987 una terza dose di vaccini contro la poliomielite o difterite-pertosse-tetano coprì oltre il 50% dei bambini al di sotto di un anno nei Paesi in via di sviluppo.

L'OMS accettò una nuova sfida nel 1988 da parte della Assemblea Mondiale della Sanità: l'eradicazione globale della poliomielite entro l'anno 2000. A questa iniziativa si associarono l'UNICEF, il Rotary International, partner dell'EPI, agenzie

¹²¹ Y. Beigbeder: International Organization and the Evolution of World Society, Volume IV, The World Health Organization, The Hague/ London /Boston, 1998, pp.135-137

¹²² Res. WHA27.57, May 1974, WHA29.63, May 1976, WHA31.53, May 1878

delle Nazioni Unite, agenzie per lo sviluppo bilaterale e multilaterale, gruppi di privati e di volontari e singole persone interessate.¹²³

La CVI, Iniziativa per la Vaccinazione dei Bambini, fu lanciata nel 1990 durante il Vertice Mondiale per i Bambini tenutosi a New York sponsorizzata da cinque agenzie: UNICEF, UNDP, Rockefeller Foundation, la Banca Mondiale e l'OMS.

La CVI non è una nuova istituzione, ma piuttosto una rete ed un serbatoio di esperti in vaccini e immunizzazione. Essa mira a migliorare il sostegno globale e la qualità dei vaccini esistenti, facilitando il dialogo tra i settori privati e pubblici sulla ricerca e lo sviluppo di nuovi vaccini e relative strategie per garantirne l'uso anche ai Paesi in via di sviluppo.

La CVI ha costruito un forum globale che comprende le agenzie per lo sviluppo, governi, donatori, produttori commerciali e pubblici nel settore dei vaccini, ricercatori e direttori nazionali dei programmi di immunizzazione.

La nascita nel 1994 del Programma dell'OMS per i Vaccini e l'Immunizzazione (GPV) fu una conseguenza delle nuove priorità da parte del CVI. Il nuovo programma fu potenziato da due unità operative: l'EPI e la Ricerca sui Vaccini e Unità di Sviluppo ai quali nel 1996 si aggiunse il Vaccine Supply and Quality Unit, in tutto 252 persone.

Il nuovo Programma, sotto la Direzione del Dottor Jong Wook Lee (Repubblica di Corea), è anche responsabile per il segretariato della CVI. I finanziamenti per il 1996 ammontavano a 26.1 milioni di dollari, compresi i fondi per le regioni dell'OMS. Sempre nel 1996 confluirono contributi volontari da parte di altri venticinque donatori.

L'UNICEF collabora strettamente con l'OMS e con altre organizzazioni al GPV. L'UNICEF è stato molto attivo nel sostegno politico e finanziario all'EPI sia a livello nazionale che internazionale ed è l'agenzia delle Nazioni Unite che ha maggiormente contribuito al programma di immunizzazione facendo pervenire vaccini di alta qualità ma basso costo.

L'OMS e l'UNICEF hanno proposto un cambiamento nel finanziamento dei vaccini, incoraggiando i governi all'autosufficienza finanziaria e stimolando i donatori ad indirizzare sostegno ai Paesi più bisognosi.

¹²³ Res. WHA41.28

Nel giugno del 1992, il Consiglio Esecutivo dell'UNICEF affermò che l'agenzia era e sarebbe rimasta un'agenzia operativa.

Grazie agli sforzi mondiali nell'immunizzazione dei bambini, l'OMS ha stimato che nel 1994 quasi tre milioni di bambini furono salvati dalla tubercolosi, pertosse, difterite, poliomielite e morbillo. La poliomielite è scomparsa dall'Emisfero Occidentale nel 1991 e la sua incidenza si ridusse del 90% tra il 1988 e il 1996.

Gli obiettivi del Programma Globale di Immunizzazione e Vaccinazione costituiscono una grande sfida per gli Stati Membri dell'OMS e per l'Organizzazione stessa.

Una grande mobilitazione dei Ministeri della Sanità, di donatori e di Organizzazioni Governative e non Governative si renderà necessaria per molti anni al fine di estendere i piani di immunizzazione e di conseguenza ridurre i tassi di morbilità e mortalità infantile.¹²⁴

9.6 LA LOTTA GLOBALE CONTRO L'AIDS

La sindrome d'immunodeficienza acquisita fu individuata per la prima volta nel 1981 tra gli omosessuali negli Stati Uniti d'America. L'HIV (virus dell'immunodeficienza acquisita), il virus che causa l'AIDS, fu scoperto nel 1983.

Dall'inizio dell'epidemia, circa 30 milioni di persone sono state infettate dall'HIV. Oggi, circa 22.6 milioni di persone sono infette dall'HIV o malati di AIDS.

Circa il 63% dei sieropositivi adulti vivono nelle regioni sub-sahariane. L'infezione si sta diffondendo rapidamente in Asia, ed è in aumento anche negli altri continenti.¹²⁵

A) La creazione del Programma Globale

Nel gennaio del 1986, il Consiglio Esecutivo decise di ampliare le attività all'interno dell'allora limitato programma dell'OMS sull'AIDS: poiché mancavano agenti terapeutici o vaccini per il trattamento e la prevenzione, il Consiglio Esecutivo richiese al Direttore Generale di cooperare con gli Stati Membri in programmi nazionali al fine di contenere l'infezione, di fornire sangue e derivati del sangue

¹²⁴ Y. Beigbeder: International Organization and the Evolution of World Society, Volume IV, The World Health Organization, The Hague/ London /Boston, 1998, pp.137-140

¹²⁵ The World Health Report 1997, Geneva, p.124

sicuri, di incrementare la ricerca su terapie e vaccini e sugli aspetti epidemiologici e comportamentali dell'infezione e di coordinare esperimenti clinici di farmaci antivirali ed altri.

Nel maggio dello stesso anno, l'Assemblea sollecitò gli Stati Membri a cooperare con l'OMS, quale coordinatore dell'assistenza bilaterale e multilaterale, al controllo epidemico dell'AIDS e dell'infezione da HIV.

Il 1 febbraio 1987, il Direttore Generale creò il Programma, dapprima Speciale poi Globale sull'AIDS, Programma diretto con competenza, entusiasmo e carisma dal Dottor Jonhatan Mann (Stati Uniti d'America).

In maggio l'Assemblea approvò il Programma evidenziandone la priorità. La Strategia Globale per l'AIDS fu considerata la base per la risposta mondiale all'HIV/AIDS.

Nel 1988, l'OMS e l'UNDP formarono l'Alleanza per Combattere l'AIDS. L'Assemblea Mondiale della Sanità ribadì che il rispetto per i diritti umani e la dignità delle persone infette dal virus dell'HIV e i malati di AIDS, sono vitali per la prevenzione nazionale dell'AIDS, i programmi di controllo e la strategia globale.

Il primo dicembre del 1988 ebbe luogo la prima Giornata Mondiale per l'AIDS organizzata dall'OMS con la partecipazione di più di 150 nazioni.

La Giornata Mondiale dell'AIDS viene celebrata ogni primo dicembre con il fine di diffondere e consolidare le conoscenze sul virus, a dimostrare che è possibile unire simbolicamente il mondo nella lotta contro l'AIDS.

Nel 1989, l'Assemblea evidenziò l'importanza dei contributi delle Organizzazioni non Governative alla lotta contro l'AIDS.

Nel 1990, l'Assemblea affermò la necessità di considerare il problema dell'AIDS nell'ambito di un ampio approccio alla salute delle madri, dei bambini e delle famiglie, uno degli obiettivi della "Salute per Tutti per l'anno 2000".¹²⁶

Nel 1990 il Dr. Mann rassegnò le dimissioni a causa di divergenze di vedute con il Direttore Generale su alcuni problemi fondamentali del Programma e della sua Strategia e fu sostituito dal Dr. Michael Merson, Direttore del WHO Diarrhoeal Diseases Control Programme, anch'egli cittadino Americano.

¹²⁶ Res. EB77.R.12, January 1986, WHA39.29, May 1986, WHA40.26, May 1987, WHA 41.24, May 1988, WHA42.34, May 1989, WHA43.10, May 1990

B) La Strategia Globale sull'AIDS

In assenza di cure o vaccini per l'AIDS, i mezzi più importanti utilizzati per ridurre la diffusione della malattia, sono campagne informative per sensibilizzare la popolazione al problema del virus dell'HIV e strategie educative che mirano a ridurre o ad eliminare il rischio di trasmissione (come per esempio l'uso dei profilattici).

La lotta attuale contro l'AIDS è principalmente di natura difensiva: gli obiettivi principali sono di limitarne la trasmissione, garantire che le persone affette vengano adeguatamente curate in maniera non discriminatoria, e che i loro diritti e la loro dignità vengano rispettati.

La Strategia Globale sull'AIDS si basa su tre obiettivi: prevenzione dell'infezione dell'HIV, riduzione dell'impatto sul piano personale e sociale dell'infezione, e unificazione degli sforzi nazionali ed internazionali contro l'AIDS.

Altro elemento chiave della strategia è il controllo della disponibilità e dell'utilizzo di sangue non contaminato e derivati. L'Iniziativa "Global Blood Safety" promossa dall'OMS congiuntamente alla Federazione della Croce Rossa e delle Società della Mezzaluna Rossa, si pone lo scopo di migliorare i servizi trasfusionali nei Paesi in via di sviluppo, evidenziando la necessità del sostegno tecnico, amministrativo e finanziario ai programmi nazionali sull'AIDS.

Nel maggio del 1992 l'Assemblea ha approvato la Strategia Globale sull'AIDS aggiornandola con le nuove sfide:

- migliori programmi di prevenzione e trattamento di altre malattie trasmissibili per via sessuale
- grande attenzione sulla prevenzione da HIV attraverso il miglioramento della salute delle donne, educazione e condizione sociale
- sostegno sociale ai programmi di prevenzione
- maggiore enfasi sui rischi di stigmatizzazione delle persone infette o sospettate di esserlo e loro discriminazione
- maggior attenzione all'assistenza.

Gli Stati Membri sono stati sollecitati, *inter alia*, a migliorare le misure preventive per l'infezione da HIV, promuovendo servizi trasfusionali sicuri, i quali hanno il compito di selezionare le donazioni, consigliare, guidare e fornire altri elementi preventivi.

Al Direttore Generale venne richiesto di evidenziare l'importanza di una risposta multi settoriale al problema pandemico dell'AIDS da parte dei governi, intensificando la ricerca biomedica, epidemiologica e sociale in tutto il mondo, sostenendo esperimenti su farmaci e vaccini, soprattutto nei Paesi in via di sviluppo e rafforzando nel contempo la formazione di ricercatori nei Paesi stessi.¹²⁷

Nella sessione del maggio del 1993, il GPA Management Committee approvò le proposte dei rappresentanti delle ONG, riguardanti il ruolo delle stesse all'interno dei programmi globali e nazionali sull'AIDS:

- attività di consultazione e partnership con un grande numero di ONG, organizzazioni su base comunitaria e persone affette da HIV/AIDS
- riconoscimento dell'importanza della prevenzione, sostegno e assistenza
- evitare l'accentramento di queste attività, a livello globale o nazionale.

Il 31 dicembre del 1991, il Programma impiegava 80 medici, specialisti ed amministratori presso la sede centrale dell'OMS coadiuvati da 66 tra impiegati e segretarie. Gli Uffici Regionali disponevano di 22 medici e specialisti, mentre altri 65 medici generici, educatori sanitari ed amministratori partecipavano ai programmi nazionali sull'AIDS.

I contributi volontari al Programma dell'OMS nel 1992 ammontavano a 69 milioni di dollari. I contributi cumulativi per il periodo che andava dal 1987 al 1992 ammontavano a 383 milioni di dollari.

I donatori principali sono stati gli Stati Uniti d'America, la Svezia, il Regno Unito, il Canada, la Danimarca e l'Olanda. Hanno contribuito al Programma anche l'UNDP e la Banca Mondiale. L'UNICEF, l'UNESCO e l'UNFPA erano Membri del Programme Management Committee.

C) Creazione di un Programma Congiunto delle Nazioni Unite sull'HIV/AIDS (UNAIDS)

Nel maggio del 1993, l'Assemblea Mondiale della Sanità ribadì la necessità di uno studio su un Programma congiunto e cosponsorizzato delle Nazioni Unite sull'HIV/AIDS. Si sollecitava una cooperazione globale per le politiche, gli approcci e i finanziamenti in stretta collaborazione con i segretariati generali dell'UNICEF, UNDP, UNFPA, UNESCO e Banca Mondiale.

¹²⁷ Res. WHA45.35, May 1992

L'iniziativa è partita dai delegati dei principali Paesi donatori (Stati Uniti d'America, Svezia, Regno Unito e Canada) e dall'Uganda, uno dei Paesi Africani più colpito dalla pandemia: da alcuni anni i rapporti evidenziavano il crescente senso di frustrazione circa la mancanza di coordinamento degli interventi da parte delle organizzazioni delle Nazioni Unite e delle agenzie. Tali Paesi auspicavano una soluzione, poiché l'OMS non aveva adempiuto al suo ruolo quale autorità direttiva e coordinatrice sul lavoro sanitario internazionale come prescrive l'art.2 lett. a dell'atto costitutivo e neppure quale "coordinatrice per l'assistenza bilaterale e multilaterale" nel controllo dell'epidemia da HIV/AIDS, ruolo prescritto dall'Assemblea Mondiale della Sanità nel Maggio del 1986.

A parziale discolta, si potrebbe dire che l'Organizzazione non ha alcun potere sui programmi bilaterali dei Paesi industrializzati, e neppure ha poteri sulle altre organizzazioni delle Nazioni Unite e agenzie ed infine che le sue risorse finanziarie sono limitate. Qualsiasi coordinamento può essere volontario e accettato sulla base del riconoscimento nell'ambito delle organizzazioni coordinatrici, della competenza tecnica e delle capacità direttive.

Nel gennaio del 1994 il Consiglio Esecutivo dell'OMS raccomandò la creazione di un programma congiunto e cosponsorizzato delle Nazioni Unite sull'HIV/AIDS amministrato dall'OMS stessa. La proposta fu firmata dal Consiglio Esecutivo dell'UNESCO in aprile e dal Consiglio Esecutivo dell'UNDP, dell'UNICEF e dell'UNFPA in maggio. La Banca Mondiale aderì alla cosponsorizzazione. Nel giugno del 1994 l'ECOSOC approvò la proposta.

Il Programma Congiunto delle Nazioni Unite sull'HIV/AIDS (UNAIDS) venne creato nel gennaio del 1996 quale programma cosponsorizzato da UNICEF, UNDP, UNFPA, UNESCO, OMS e Banca Mondiale. La pianificazione e gli interventi congiunti delle organizzazioni dovrebbero dare all'UNAIDS un "vantaggio cooperativo" che si traduce in una maggiore sinergia ed efficienza.

La missione dell'UNAIDS è di guidare, rafforzare e sostenere un'ampia risposta per la prevenzione dell'HIV fornendo assistenza e sostegno, abbassando la vulnerabilità degli individui e delle comunità all'HIV/AIDS e alleviare l'impatto del contagio.

L'UNAIDS ha ereditato la gran parte dei principi guida dalla strategia dell'OMS: una risposta a lungo termine, sicurezza tecnica, attenzione alla vulnerabilità delle donne e di altri gruppi particolari, sostegno sociale, politico e legale senza coercizione, diritti

umani non discriminatori, risposta multisettoriale attraverso la partecipazione e la partnership, responsabilità nazionale nel redigere ed attuare programmi e per ultimo il ruolo complementare dell'UNAIDS in altri sforzi.

L'UNAIDS è il primo programma delle Nazioni Unite che ha rappresentanti delle Organizzazioni non Governative all'interno dei suoi organi direttivi. Si compone di 98 Membri presso la sede centrale di Ginevra e di 74 consulenti da vari Paesi.

Il precedente GPA dell'OMS è stato sostituito da un piccolo "Office of HIV/AIDS and Sexually Transmitted Diseases" con un direttore, quattro professionisti e due impiegati.¹²⁸

Bisogna dare atto al GPA dell'OMS di avere incoraggiato i governi, le istituzioni sanitarie pubbliche, i funzionari e le popolazioni a diventare consapevoli e sensibili ai problemi sollevati dall'infezione da HIV/AIDS e di avere insistito sul rispetto della dignità e dei diritti umani non discriminatori verso le persone affette. I responsabili del GPA hanno riconosciuto l'importanza e l'utilità del ruolo delle Organizzazioni non Governative nell'assistenza ai malati. Il Programma dell'OMS è riuscito ad estendere l'azione dalla prevenzione necessaria all'educazione sanitaria. Nel maggio del 1996, quando gran parte delle funzioni del GPA furono assunte dall'UNAIDS, l'Assemblea Mondiale della Sanità esprime apprezzamento all'OMS per il ruolo da essa svolto nel Programma Globale per l'AIDS. L'Assemblea riconobbe la dedizione ed il contributo eccezionale del personale del GPA alle risposte globali e nazionali all'HIV/AIDS.¹²⁹

9.7 RIFLESSIONI SUL RUOLO OPERATIVO DELL'OMS

Il Dr. Nakajima ha osservato che la responsabilità per la salute mondiale va al di là del controllo di una malattia specifica: "essa spazia dai problemi ambientali, assistenza agli anziani, prevenzione degli incidenti alla riabilitazione dei disabili e ai finanziamenti per servizi sanitari migliori".

Il panorama delle attività dell'OMS è ampio e svariato e ciascuna di queste attività è preziosa ma indubbiamente il successo dell'eradicazione del vaiolo, il successo auspicato per il programma di controllo dell'oncocercosi e il progresso

¹²⁸ Res. WHA46.37, May 1993, EB93.E.5, 21 January 1994

¹²⁹ Y. Beigbeder: International Organization and the Evolution of World Society, Volume IV, The World Health Organization, The Hague/ London /Boston, 1998, pp.140-146

nell'immunizzazione dei bambini hanno contribuito e contribuiscono concretamente e visibilmente alla salute mondiale e anche al prestigio dell'Organizzazione.

All'interno, tali programmi hanno generalmente dato nuovo dinamismo al segretariato dell'OMS, nonché un rinnovato impegno verso la missione dell'Organizzazione da parte della direzione centrale e del personale regionale.

Nel 1975 l'Assemblea Mondiale della Sanità ha riconosciuto che il successo dei programmi dipende dalla solida base scientifica, dalla ricerca continua, dalle sperimentazioni, dai miglioramenti ottenuti negli anni nell'efficacia dei vaccini e dei farmaci, dai nuovi metodi di vaccinazione di massa e dai miglioramenti costanti dei sistemi di controllo. La stessa risoluzione osservò "i grandi ed eroici sforzi" di molti Paesi, organizzazioni internazionali, enti pubblici, medici e specialisti.¹³⁰

Il successo dei programmi dipende quindi anche dalla qualità dei servizi direttivi, dal dinamismo e dalla competenza tecnica ed amministrativa dei responsabili, dal sostegno dato dal Direttore Generale e dagli organi direttivi dell'Organizzazione e dagli apporti tecnici e finanziari dei principali Stati donatori. I funzionari dell'OMS incaricati di un programma devono dimostrare concretamente il progresso raggiunto negli obiettivi prestabiliti mediante attività sistematiche e periodiche valutazioni delle stesse. Le valutazioni interne vengono spesso integrate da analisi esterne condotte da gruppi indipendenti.

La qualità di leadership dei direttori dei programmi, unitamente all'interesse tecnico ed umanitario di lavorare per un programma dinamico e credibile ha motivato e impegnato il personale della sede centrale e delle regioni.

I programmi verticali dovrebbero essere integrati in campo nazionale nei piani sanitari, evitando di creare organi temporanei, "elitari" che potrebbero assorbire gran parte delle risorse dei Ministeri della Sanità a scapito dell'assistenza sanitaria primaria.

I programmi verticali sono stati spesso causa di conflitti di potere e competenza fra la sede centrale e gli Uffici Regionali. I responsabili di tali programmi devono quindi creare e mantenere un positivo spirito di cooperazione con gli Uffici Regionali e con i Ministeri di Sanità coinvolti. E' necessaria inoltre una buona cooperazione con altre agenzie delle Nazioni Unite per evitare duplicazione di attività, inutili rivalità, spreco di risorse e malevoli critiche da parte dei media.

Tale cooperazione è risultata molto valida nel Programma di Controllo dell'Oncocercosi. Si auspica altresì che le strutture dell'Iniziativa per la Vaccinazione dei Bambini e l'UNAIDS possano garantire la cooperazione necessaria fra le organizzazioni partecipanti e i Paesi donatori, al fine di ben coordinare le politiche programmatiche, le attività e i finanziamenti.

¹³⁰ Res. WHA28.52, May 1975

Capitolo 10: IL COORDINAMENTO DELL'OMS CON ALTRE ORGANIZZAZIONI

10.1 OSSERVAZIONI GENERALI

L'OMS, oltre ad esercitare le sue funzioni in rapporto agli Stati Membri, intrattiene anche relazioni esterne.

Ai sensi dell'art.2 lett. b dell'atto costitutivo, l'OMS "deve stabilire e mantenere un'effettiva collaborazione con le Nazioni Unite, con le agenzie specializzate, con le organizzazioni sanitarie governative, con gruppi professionali e con quelle organizzazioni che possono essere considerate appropriate".¹³¹

Il coordinamento e la cooperazione dell'OMS con altre organizzazioni intergovernative, con le organizzazioni nazionali e con le organizzazioni non governative sono necessarie e giustificati da varie ragioni:

evitare conflitti di competenza tra le direzioni centrali, o a livello operativo nei Paesi in via di sviluppo

evitare duplicazioni di attività e quindi spreco di risorse

impiegare risorse di altre organizzazioni in un programma congiunto quando quest'ultimo comprende elementi che fuoriescono dalla competenza dell'OMS (per esempio sanità ed agricoltura)

quando i finanziamenti possono essere ottenuti soltanto tramite altre organizzazioni.

10.2 COORDINAMENTO ALL'INTERNO DEL SISTEMA DELLE NAZIONI UNITE

In quanto agenzia specializzata che intrattiene relazioni con le N.U. ai sensi dell'art.57 della Carta delle Nazioni Unite, il coordinamento e la cooperazione sono obblighi statutari che vincolano l'OMS alle Nazioni Unite e ad altre organizzazioni connesse alle Nazioni Unite.

Le funzioni che la Carta ha conferito alle N.U. al fine di coordinare le attività delle agenzie specializzate sono realizzate dal Consiglio Economico e Sociale (ECOSOC) sotto l'autorità dell'Assemblea Generale. Il ruolo di coordinamento del Consiglio viene svolto mediante consultazione con gli istituti e raccomandazioni ad essi, come

¹³¹ Basic Documents, Forty Second Edition, Geneva, 1999

mediante raccomandazioni alla Assemblea Generale e ai Membri delle Nazioni Unite.

Il Consiglio può prendere opportune disposizioni per ricevere rapporti regolari dalle agenzie. L'Assemblea Generale considera ed approva tutti gli accordi finanziari e di bilancio con le agenzie ed esamina i bilanci amministrativi al fine di porre raccomandazioni alle agenzie stesse. Infine il Consiglio può concludere accordi con gli istituti specializzati per definire le condizioni in base alle quali l'istituto interessato sarà collegato alle Nazioni Unite. Tali accordi sono soggetti all'approvazione dell'Assemblea Generale.¹³²

Queste condizioni sono state definite dall'Accordo fra le Nazioni Unite e l'OMS adottato nel 1948 dalla Prima Assemblea Mondiale della Sanità. Esso prevede la rappresentanza reciproca negli incontri delle due organizzazioni, il diritto dei rappresentanti dell'OMS durante gli incontri delle Nazioni Unite ad essere consultati su argomenti che rientrano nell'ambito della propria competenza. (art.II dell'Accordo).L'OMS dichiara l'intenzione di cooperare per prendere tutte le misure necessarie per il coordinamento delle attività delle agenzie specializzate e rendere quelle delle Nazioni Unite pienamente esecutive (art.IV dell'Accordo).L'accordo prevede lo scambio di informazioni e documenti non confidenziali, per la cooperazione dei loro servizi statistici (art.V dell'Accordo). Per quanto riguarda il personale, le due organizzazioni hanno riconosciuto che l'eventuale sviluppo di un unico servizio civile internazionale unificato è auspicabile per un coordinamento amministrativo efficace (art XII dell'Accordo). La loro cooperazione dovrebbe estendersi anche alle aree amministrative, di bilancio e finanziarie (artt. XIV, XV, XVI dell'Accordo).¹³³

Il coordinamento tra le agenzie è condotto dal Comitato Amministrativo sul Coordinamento (ACC) creato nel 1946 composto dal Segretario Generale delle Nazioni Unite, dai capi esecutivi delle agenzie specializzate, dalla IAEA, dalle istituzioni finanziarie, ossia la Banca Mondiale e il Fondo Monetario Internazionale. L'ACC si riunisce due volte all'anno per due o tre giorni sotto la presidenza del Segretario Generale dell'ONU.

¹³² Art.17.3, 57, 63, 64 della Carta delle Nazioni Unite - Conforti, Le Nazioni Unite, 1996, pp.299-316

¹³³ Basic Documents, Forty Second Edition, 1999, Geneva

L'ACC riorganizzò il proprio meccanismo sussidiario nel 1993. La preparazione degli incontri e la realizzazione delle decisioni è affidata a due principali comitati consultativi, i cui Membri sono funzionari delle organizzazioni partecipanti: il Comitato Consultivo sul Programma e sulle Questioni Operative e il Comitato Consultivo sulle Questioni Amministrative, sottocomitati per l'informazione, sistemi informativi, nutrizione e statistica. Il Comitato Consultivo Inter-agenzia sullo sviluppo sostenuto fu creato per rivedere le politiche organizzative a seguito della Conferenza delle Nazioni Unite su Ambiente e Sviluppo tenutasi a Rio nel 1992.

L'OMS ha anche stipulato accordi con altre agenzie specializzate: ILO, FAO, UNESCO e UNIDO, con IAEA e con IFAD. Oltre alle tipiche clausole sulla rappresentanza reciproca, lo scambio di informazione e documentazione, gli Accordi con FAO, UNESCO ed UNIDO comportano la creazione di comitati congiunti composti da rappresentanti di entrambe le organizzazioni alle quali vanno poste le questioni di interesse comune.

Gli Accordi con UNESCO, IAEA e IFAD definiscono la competenza delle due parti. Nell'Accordo tra l'UNESCO e l'OMS "l'UNESCO riconosce che l'OMS ha la responsabilità primaria nell'incoraggiamento della ricerca, educazione, organizzazione scientifica nei campi della salute e della medicina, senza alcun pregiudizio al diritto dell'UNESCO di occuparsi delle relazioni fra scienze pure ed applicate in ogni campo, incluse le scienze fondamentali alla salute"¹³⁴(art.I.2).

Tra le attività o i programmi comuni all'OMS e ad altre agenzie specializzate, i più importanti sono:

- 1) lo Speciale Programma di Ricerca, Sviluppo e Formazione nella Riproduzione Umana tra UNDP, UNFPA, OMS e Banca Mondiale
- 2) Programma Speciale di Ricerca e Formazione per le Malattie Tropicali tra UNDP, Banca Mondiale ed OMS
- 3) Programma Congiunto delle N.U. su HIV/AIDS cosponsorizzato dall'UNICEF, UNDP, UNFPA, UNESCO, OMS e Banca Mondiale
- 4) Programma Globale dell'OMS per la Vaccinazione e l'Immunizzazione che collabora strettamente con un gran numero di partner inclusa l'Iniziativa per la Vaccinazione Infantile, UNICEF, Rotary International, Centri USA per la

¹³⁴ Basic Documents, Forty Second Edition, 1999, Geneva

- Prevenzione e il Controllo delle Malattie, Medici senza Frontiere, programmi di immunizzazione nazionale ed altri
- 5) l'Iniziativa per la Vaccinazione Infantile, cosponsorizzata da UNICEF, UNDP, Banca Mondiale e Fondazione Rockefeller
 - 6) il Programma Globale di Eradicazione della Poliomielite sostenuto da una coalizione di partner che includono l'OMS, UNICEF, Centri per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (Atlanta) e Rotary International
 - 7) il Programma di Controllo della Oncocercosi sponsorizzato congiuntamente dall'OMS, Banca Mondiale, UNDP e FAO
 - 8) Comitati Congiunti ILO/OMS che si occupano di salute professionale: salute dei marinai. Il Programma Internazionale sulla Sicurezza Chimica (IPCS) creata nel 1980 da UNEP, ILO e OMS viene riconosciuto quale punto fondamentale per la cooperazione internazionale sull'utilizzo dei prodotti chimici nel rispetto dell'ambiente. Nel 1994 venne creato un Comitato Coordinatore Intersegretariale composto da rappresentanti di ILO, OMS, UNEP, FAO, UNIDO, OECD e la Commissione Europea, amministrato dall'OMS.
 - 9) i Programmi Congiunti FAO/OMS sugli Standard Alimentari e la Commissione per la Codificazione Alimentare svolgono un ruolo utile nella promozione della sicurezza alimentare e nella facilitazione del commercio internazionale. Tale Codice funge ora da referente internazionale per i bisogni nazionali. Gli Standard Internazionali per la Sicurezza Fondamentale per la Protezione Radioattiva sono stati aggiornati nel 1994: gli sponsor originali furono IAEA, ILO, Agenzia dell'Energia Nucleare dell'OECD e l'OMS. A questi aderirono più tardi FAO e PAHO.
 - 10) Nel maggio del 1997 l'OMS e l'UNESCO hanno siglato un Memorandum di Comprensione attraverso il quale le due organizzazioni collaborano nell'assistenza ai Paesi nello sviluppo della Strategia Globale di Controllo sulla Malaria.
 - 11) Nel 1994 la Banca Mondiale introdusse una nuova visione del suo futuro orientamento, con particolare attenzione al settore sociale. Sono seguiti molti anni di cooperazione estensiva tra l'OMS e la Banca Mondiale e un primo meeting si svolse nell'ottobre-novembre del 1994 per promuovere l'attiva

cooperazione e l'utilizzazione degli esperti tecnici e finanziari delle due agenzie e delle risorse per il miglioramento del settore sanitario a livello nazionale.

12) Un Accordo di Cooperazione tra la Banca di Sviluppo Africana, il Fondo di Sviluppo Africano e l'OMS fu approvato nel 1994. L'OMS ha assistito agli incontri annuali del Consiglio dei Governatori della Banca Africana, della Banca dello Sviluppo Asiatico, della Banca Europea per la Ricostruzione e lo Sviluppo e della banca Inter-Americana di Sviluppo, istituzioni che sono divenute molto attive nel settore sociale.¹³⁵

A) Coordinamento operativo con l'UNDP

Se da un lato mostra uno spirito di cooperazione con l'UNDP e con le altre organizzazioni delle N.U. al fine di integrare i programmi sanitari con le altre attività di sviluppo, l'OMS ha mantenuto fermamente la propria autonomia ai livelli tecnici ed amministrativi, opponendosi ad ogni "dominazione" da parte delle N.U., attraverso l'UNDP nei Paesi in via di sviluppo. Il mandato, la competenza nella sanità pubblica e la struttura regionale la difendevano dai tentativi dell'UNDP di subentrare nelle sue attività di sviluppo in questi Paesi.

Con la Risoluzione 32/197 adottata il 20 dicembre del 1977 sulla "ristrutturazione dei settori economici e sociali del Sistema delle N.U." l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite cercò di rafforzare il coordinamento tra le agenzie, in primo luogo attraverso la creazione di una carica di Direttore Generale per lo Sviluppo e la Cooperazione Economica Internazionale nel Segretariato delle N.U., che aveva il compito di assicurare "l'effettiva leadership ai vari componenti del sistema delle Nazioni Unite nel campo dello sviluppo e della cooperazione generale", esercitando "un coordinamento totale all'interno del sistema".

In secondo luogo la Risoluzione raccomandò che dovevano essere fatti passi per unificare gli uffici nazionali delle varie organizzazioni delle Nazioni Unite. Per ultimo, a favore del sistema delle Nazioni Unite, raccomandò che la responsabilità totale per e il coordinamento delle attività operative per lo sviluppo portate avanti a livello nazionale dovessero essere affidate ad un "singolo individuo" che dovrebbe esercitare la "team leadership" ed essere responsabile nello sviluppare una

¹³⁵ Y. Beigbeder: International Organization and the Evolution of World Society, Volume 4, The World Health Organization, The Hague/London/Boston, 1998, pp. 171-174

dimensione multi disciplinare nei programmi di assistenza di sviluppo settoriale. Questo singolo individuo dovrebbe essere normalmente un coordinatore delle N.U. residente nel Paese.

L'Assemblea Generale avrebbe dovuto inoltre prendere in considerazione la costituzione di "un singolo organo di governo" responsabile per la gestione e il controllo, a livello intergovernativo delle attività operative delle N.U. per lo sviluppo. Questo organo avrebbe sostituito gli organi di governo esistenti.

Nel gennaio del 1978 il Consiglio Esecutivo dell'OMS interpretò a suo modo questa risoluzione, ignorando l'unificazione e la centralizzazione auspiccate dall'Assemblea Generale: in accordo con la risoluzione del Consiglio Esecutivo, l'Assemblea Generale ha implicitamente riconosciuto la responsabilità costituzionale dell'OMS e di altre agenzie specializzate nei confronti delle attività operative.

Nella sua relazione per il 1978-1979 il Direttore Generale aggiunse che il coordinatore delle funzioni a livello nazionale sarebbe certamente di estrema importanza a livello operativo, ma che la delega di potere e i processi di comunicazione tra i rappresentanti dell'OMS nei Paesi, ossia i coordinatori dei programmi dell'OMS, ed altre istanze dell'OMS sarebbero rimaste immutate.

Nel 1989 l'Assemblea Generale contestò implicitamente questa posizione: l'Assemblea rimarcò il fatto che il sistema delle Nazioni Unite a livello nazionale dovesse essere strutturato e composto in modo tale da corrispondere ai programmi di cooperazione esistenti e progettati, piuttosto che alla struttura istituzionale del sistema delle Nazioni Unite. L'Assemblea "decise" di rafforzare le competenze del gruppo dirigente dei coordinatori residenti delle N.U. all'interno del sistema delle Nazioni Unite a livello nazionale, in particolare attraverso una più stretta cooperazione nella rappresentanza del sistema delle Nazioni Unite a livello nazionale con il coordinatore locale.

La risposta dell'OMS fu di mantenere la propria posizione tradizionale: il Consiglio Esecutivo nel 1991 e l'Assemblea Generale nel 1992 richiesero al Direttore Generale di mantenere il diretto e privilegiato accesso dell'OMS alle autorità sanitarie nazionali e di consolidare la cooperazione tecnica dell'OMS con gli Stati Membri sulla base della determinazione nazionale delle necessità sanitarie, delle priorità e dei programmi con l'obiettivo di assicurare un sostegno dell'OMS a livello nazionale per lo sviluppo della salute. Una mera "collaborazione" tra i rappresentanti dell'OMS e i

rappresentanti degli altri settori del sistema delle Nazioni Unite, “in particolare il coordinatore residente delle Nazioni Unite” doveva essere intensificata. Fu comunque fuori questione che quest’ultimo diventasse il leader del team. Non ci fu nemmeno modo di adeguare la struttura regionale dell’OMS alla struttura dell’UNDP nei Paesi in via di sviluppo.

Il fallimento dei tentativi di unificare o raggruppare le attività di sviluppo delle N.U. sotto la guida dell’UNDP non ha impedito all’UNDP e all’OMS di cooperare utilmente in alcuni programmi importanti.¹³⁶

B) Il coordinamento con l’UNICEF

L’UNICEF venne creata nel 1946 come agenzia temporanea per assistere i bambini e gli adolescenti vittime della Seconda Guerra Mondiale. La sanità venne riconosciuta come parte essenziale di questa attività: l’UNICEF venne incaricata di utilizzare ed amministrare le sue risorse “per l’obiettivo generale della salute dei bambini”.

Fin dal 1950 l’azione dell’UNICEF fu orientata soprattutto verso programmi a lungo termine per i bambini nei Paesi in via di sviluppo. Molti di questi programmi collimavano con l’OMS in aree specifiche di sanità pubblica: la lotta alle malattie attraverso l’immunizzazione, l’assistenza ai centri sanitari di maternità e dei bambini, il miglioramento dell’igiene ambientale, la pianificazione familiare, i programmi di nutrizione e gli aiuti di emergenza.

Il Trattato istitutivo dell’OMS prevede che l’Organizzazione deve agire come autorità di direzione e coordinamento nel lavoro sanitario internazionale (art.2lett.a). Essa deve promuovere la salute materna e infantile e favorire la capacità di vivere armoniosamente in un ambiente in continuo mutamento (art.2 lett. 1).¹³⁷

Dalla creazione dell’UNICEF, la Commissione Sociale dell’ECOSOC ha attirato l’attenzione dell’Assemblea Mondiale della Sanità e dell’ECOSOC sul problema del coordinamento delle risorse tecniche ed amministrative tra OMS e UNICEF. La Risoluzione n. 57(I) dell’Assemblea Generale delle N.U. che ha portato all’UNICEF specificò che “per quanto possibile, l’utilizzazione dello staff e l’assistenza tecnica delle agenzie specializzate, in particolare dell’OMS o della Commissione ad Interim

¹³⁶ Y. Beigbeder: *International Organization and the Evolution of World Society*, Volume 4, The World Health Organization, The Hague/London/Boston, 1998, pp. 174-176

¹³⁷ Basic Documents, Forty Second Edition, 1999, Geneva

della stessa, dovevano essere sollecitate allo scopo di ridurre al minimo le richieste di personale del Fondo”.

Nel luglio del 1948 l'Assemblea Mondiale della Sanità riconobbe che i progetti sanitari dell'UNICEF rientravano nella competenza dell'OMS e dichiarò che l'OMS era pronta e disponibile ad occuparsi di questi progetti non appena venissero fatti gli adeguamenti necessari. Comunque nel maggio del 1950 l'Assemblea Mondiale della Sanità intese garantire che nessuna azione, che poteva ridurre le attività dell'UNICEF già iniziate o che stavano per essere iniziate nel 1950, sarebbe stata intrapresa. L'Assemblea osservò che, nel futuro sviluppo dei programmi internazionali per l'infanzia, si dovesse adottare il principio della utilizzazione massima dei servizi delle agenzie specializzate permanenti e che la strumentazione richiesta dalle Nazioni Unite in questo campo dovesse essere limitata a ciò che è necessario per la raccolta di fondi, per il coordinamento della pianificazione programmatica e nella misura concordata fra le agenzie interessate per l'approvvigionamento e l'invio di forniture. Durante la prima sessione, l'Assemblea Mondiale della Sanità accettò che l'OMS cooperasse alla preparazione della documentazione sulla Dichiarazione dei Diritti dell'Infanzia. Nel luglio 1949 il Consiglio Esecutivo sollecitò il Direttore Generale a cooperare con il Direttore Esecutivo dell'UNICEF, con le N.U. e le agenzie specializzate al fine di presentare una proposta congiunta al Comitato Amministrativo di coordinamento per l'istituzione di un comitato ad hoc, composto dal Segretario Generale delle Nazioni Unite e dai Direttori Generali di FAO, ILO, UNESCO e OMS. Tale Comitato doveva studiare e indicare mezzi e modalità di interventi nazionali ed internazionali a favore dell'infanzia. Un secondo Comitato, il Comitato Congiunto sulle Politiche Sanitarie (JCHP, Joint Committee on Health Policy) è stato creato nel 1948 dall'OMS e dall'UNICEF, inizialmente quale organo ad interim, ai fini di coordinare il passaggio dei programmi sanitari dell'UNICEF all'OMS. Quando lo status dell'UNICEF da temporaneo divenne Fondo delle Nazioni Unite permanente, il compito del JCHP fu di assicurare il coordinamento delle attività sanitarie di entrambe le organizzazioni.

Nel 1949 i principi di cooperazione elaborati dal JCHP vennero approvati dagli organi direttivi delle due organizzazioni. Secondo questi principi fondamentali, l'UNICEF dovrebbe assicurare mediante accordi con i governi le forniture richieste e

i servizi per i progetti sanitari tecnicamente approvati dall'OMS e avvallati ai fini operativi dal Consiglio Esecutivo dell'UNICEF.

L'UNICEF dovrebbe inoltre rimborsare all'OMS i servizi offerti oltre ai limiti imposti dalle risorse dell'OMS. L'OMS metterebbe a disposizione dei governi, su loro sollecitazione, gli esperti internazionali incaricati di pianificare le operazioni per i programmi sanitari dell'UNICEF. L'OMS considererebbe ed in casi specifici darebbe approvazione tecnica a tutti i programmi sanitari richiesti dai governi attraverso l'UNICEF. L'OMS fornirebbe esperti internazionali nel campo sanitario secondo le necessità espresse dai governi per la realizzazione dei loro programmi sanitari diretti alla protezione dell'infanzia. Tali principi furono confermati dall'Assemblea nel maggio 1951.

Nel 1952 l'Assemblea Mondiale della Sanità approvò il principio che l'OMS dovesse assumere, subordinatamente alle proprie risorse finanziarie, la responsabilità per l'utilizzo del personale tecnico in attività congiunte da intraprendere in futuro. L'Assemblea richiese al Consiglio Esecutivo di proporre una procedura per lo sviluppo congiunto di programmi sanitari dell'UNICEF e dell'OMS e di sottoporre tale proposta all'UNICEF per l'esame e suggerimenti. Il Consiglio replicò che nessuna modifica agli accordi in corso era necessaria ai fini di una procedura operativa congiunta e di un piano d'azione comune fra UNICEF e OMS, dal momento che esse collaboravano in maniera soddisfacente.

Per incrementare la cooperazione effettiva fra le due organizzazioni il Consiglio Esecutivo dell'OMS istituì nel 1954 un Comitato per le relazioni OMS/UNICEF. Nel 1956 il Consiglio osservò con soddisfazione che l'UNICEF si era resa conto del fatto che, a causa di alcune differenze nei rapporti di bilancio delle due agenzie, alcuni costi del personale sanitario internazionale dovevano essere addebitati all'UNICEF, quando gli stessi non fossero stati previsti al momento della preparazione del piano finanziario annuale dell'OMS.

Nel gennaio del 1960 il Consiglio Esecutivo approvò i nuovi termini di riferimento proposti dal Comitato Congiunto sulla Politica Sanitaria (JCHP) diretti all'ampliamento del ruolo del Comitato, al fine di un'evoluzione soddisfacente della cooperazione tra UNICEF e OMS. Dal 1948 al 1972 vennero adottate dal Consiglio Esecutivo e dall'Assemblea Generale circa 19 risoluzioni riguardanti la cooperazione dell'OMS con l'UNICEF. Nel 1975 e nel 1977 il Consiglio si espresse

favorevolmente per l'eccellente e durevole cooperazione fra le due organizzazioni e nel 1992 espresse grande apprezzamento per l'importante compito svolto dai Membri del JCHP.

L'OMS e l'UNICEF furono i primi a lanciare la nuova strategia della "Salute per Tutti per l'Anno 2000". La Conferenza Internazionale che nel 1978 adottò la Dichiarazione sulla Assistenza Sanitaria Primaria come chiave per il raggiungimento dell'obiettivo della strategia fu organizzata congiuntamente dalle due organizzazioni. Nel 1979 l'Assemblea Mondiale della Sanità auspicò che l'OMS e l'UNICEF continuassero ad incoraggiare ed appoggiare le strategie nazionali e i piani per l'assistenza sanitaria primaria. Nel 1980 l'Assemblea salutò positivamente gli sforzi dell'OMS e dell'UNICEF ai fini della "Salute per Tutti per l'Anno 2000".¹³⁸

L'OMS e l'UNICEF hanno instaurato una partnership per consolidare l'approccio alla assistenza sanitaria primaria. Nel 1993 questa cooperazione si concentrò sulle tecniche di intervento nella salute riproduttiva, tutela della maternità e medicina preventiva contro le malattie infantili più diffuse. La gestione integrata dell'OMS e dell'UNICEF della strategia sulle malattie infantili prevede un processo sistematico per la diagnosi ed il trattamento di cinque malattie: diarrea, infezioni respiratorie acute, malnutrizione, morbillo e malaria. L'UNICEF è stata inoltre una delle istituzioni che diede corpo all'Iniziativa della Vaccinazione Infantile lanciata nel 1991.

Nel maggio del 1997 l'OMS e l'UNICEF adottarono una strategia operativa comune per migliorare il rifornimento idrico e le strutture igieniche.¹³⁹

Infine non va dimenticato che l'elaborazione del Codice di Commercio dei Sostituti del Latte Materno fu il risultato di un meeting congiunto OMS/UNICEF tenuto nell'ottobre del 1979 sull'alimentazione del neonati e dei bambini. All'OMS e all'UNICEF venne quindi richiesto di iniziare il processo di stesura del Codice.

Gli obiettivi dell'OMS e dell'UNICEF per la promozione e protezione della salute dei bambini sono gli stessi, nel contesto dell'assistenza sanitaria primaria. La loro realizzazione ha talvolta creato difficoltà e rivalità circa la pianificazione e i metodi operativi: l'OMS, generalmente limitata ad un ruolo di assistenza e consulenza specialistica, non sempre apprezzò alcune iniziative dell'UNICEF, le quali godono di

¹³⁸ Res. WHA32.30, Maggio 1979, WHA33.24, Maggio 1980

¹³⁹ The World Health Report 1997, Geneva, p.87

una maggiore visibilità nei mezzi di informazione grazie alla diretta e concreta assistenza operativa.

Sembra che la distribuzione dei ruoli fra le due organizzazioni sia ora meglio definita e meglio applicata, nell'interesse dei beneficiari dei loro interventi, ossia i bambini dei Paesi in via di sviluppo.¹⁴⁰

C) Il Coordinamento con il Fondo delle Nazioni Unite per le Attività a Favore delle Popolazioni (UNFPA)

L'OMS coordina con l'UNFPA le attività nel campo della salute materna ed infantile. Tale collaborazione viene menzionata per la prima volta in una risoluzione dell'Assemblea Mondiale della Sanità tenutasi nel maggio del 1979. La risoluzione inoltre include l'Esteso Programma di Immunizzazione quale parte integrante dei servizi sanitari a favore della madre e del bambino nell'ambito della strategia della "Salute per Tutti per l'Anno 2000".

Nel febbraio 1987 l'OMS partecipò alla Conferenza Internazionale sulla Tutela della Maternità tenutasi a Nairobi. Oltre all'OMS, la Conferenza venne cosponsorizzata dalla Banca Mondiale, dall'UNFPA e con il sostegno dell'UNDP. La Conferenza sollecitava gli Stati Membri a dare assoluta priorità al miglioramento della salute delle donne, alla riduzione della mortalità materna e alla morbidità mediante opportuna assistenza sanitaria, alimentazione adeguata e programmi sanitari per le ragazze dall'infanzia all'adolescenza e al sostegno di programmi di pianificazione familiare per evitare gravidanze non volute o ad alto rischio.

Il Segretario delle Nazioni Unite creò nel 1994 una "Inter Agency Task Force" per la realizzazione della Conferenza Internazionale sul Programma di Azione per la Popolazione e lo Sviluppo (ICPD), alla quale parteciparono 12 organizzazioni, tra le quali l'UNFPA e l'OMS. Questa Task Force si riunisce una o due volte all'anno. La Conferenza fu tenuta al Cairo nel 1994 e segnò un cambiamento: dal controllo della popolazione si passò al concetto di tutela della riproduzione. Gruppi di esperti dell'OMS aiutarono la preparazione della Conferenza e lo svolgimento della stessa.

A livello operativo l'OMS ha fornito recentemente una cooperazione tecnica multidisciplinare e ha assicurato il suo appoggio alla pianificazione familiare

¹⁴⁰ Y. Beigbeder: International Organization and the Evolution of World Society, Volume 4, The World Health Organization, The Hague/London/Boston, 1998, pp. 176-179

nazionale e ai programmi di popolazione, attraverso otto gruppi regionali composti da OMS, FAO, UNESCO, ILO e funzionari dell'UNFPA.¹⁴¹

10.3 RAPPORTI CON LE ORGANIZZAZIONI NON GOVERNATIVE

L'OMS può stipulare accordi con Organizzazioni non Governative. La conclusione di accordi internazionali con enti soggetti del diritto internazionale sta a dimostrare che l'OMS, come gli altri istituti specializzati, gode della personalità giuridica dell'ordinamento internazionale.¹⁴²

I "Principi che regolano i rapporti tra l'OMS e le ONG" vennero adottate dalla 1° e 3° Assemblea e rivisti dalla 40° Assemblea. I principali criteri per l'ammissione delle ONG nei rapporti ufficiali con l'OMS sono i seguenti:

- l'area principale di competenza delle ONG deve rientrare nella sfera dell'OMS. I suoi scopi ed attività dovrebbero essere conformi allo spirito, propositi e ai principi costitutivi dell'OMS, dovrebbero incentrarsi sullo sviluppo del lavoro in materia sanitaria o ad essa correlato e dovrebbero essere liberi da condizionamenti di natura commerciale o di profitto
- l'ONG dovrebbe essere internazionale nella struttura e/o nello scopo, dovrebbe avere autorità a parlare in nome dei Membri attraverso rappresentanti autorizzati
- in casi eccezionali un'ONG nazionale potrebbe essere presa in considerazione per l'ammissione
- normalmente ci dovrebbero essere almeno due anni di rapporti di lavoro positivo con l'OMS, anteriormente alla richiesta di ammissione per rapporti ufficiali

I privilegi conferiti da un rapporto ufficiale con l'OMS sono:

- 1) diritto a nominare un rappresentante per partecipare, senza diritto di voto, agli incontri dell'OMS o a quelli convocati sotto la sua autorità. Il rappresentante può essere autorizzato ad esprimere un parere su invito del presidente
- 2) accesso a documentazione non ufficiale messa a disposizione dall'OMS

¹⁴¹ Y. Beigbeder: *International Organization and the Evolution of World Society*, Volume 4, The World Health Organization, The Hague/London/Boston, 1998, pp. 179-180

¹⁴² E. Greppi, *OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità)*. *Novissimo Digesto Italiano Appendice Volume V*, Torino, 1987, p.455

3) diritto a sottoporre un memorandum al Direttore Generale che determini la natura e la funzione della sua divulgazione. Tale memorandum può essere sottoposto al Comitato Esecutivo per un'eventuale inclusione nell'agenda dell'Assemblea.

Il Consiglio Esecutivo è competente a decidere sull'ammissione delle ONG ai rapporti ufficiali con l'OMS.

I primi contatti dell'OMS con un ONG sono meno informali: possono consistere in uno scambio di informazioni su argomenti di comune interesse e sulla partecipazione reciproca ad incontri tecnici. Questi contatti informali possono essere su basi ad hoc, senza limite di tempo e senza accordo scritto.

Oltre allo scambio di informazioni e alla presenza reciproca in incontri tecnici, la collaborazione OMS - ONG ricopre i seguenti settori:

- mutua assistenza nella pianificazione e nei programmi nazionali di sviluppo
- collaborazione nella definizione di standard medici
- collaborazione nella pubblicazione di documenti tecnici e scientifici
- raccolta di fondi per programmi straordinari
- raccolta di dati per predisporre uno specifico programma
- pianificazione e ricerca operativa di sviluppo

Il numero di ONG ammesse ufficialmente all'OMS è aumentato regolarmente negli anni: 26 nel 1951, 68 nel 1966, 125 nel 1981, 184 nel 1996.

Esse coprono ora un largo raggio di interessi ed attività, incluse associazioni di operatori sanitari (medici, chirurghi, tecnici di laboratorio, infermieri), associazioni che si occupano di malattie specifiche (cancro, lebbra), club sociali - umanitari (Lions Club, Rotary International), organizzazioni umanitarie (Comitato Internazionale della Croce Rossa, Salva il Fondo dei Bambini), associazioni ambientali ed ecologiste (Unione Internazionale per la Conservazione della Natura e delle Risorse Naturali).

10.4 IL COORDINAMENTO CON LE ORGANIZZAZIONI UMANITARIE

La rete delle organizzazioni umanitarie comprende molte organizzazioni delle Nazioni Unite: le Nazioni Unite stesse, il Coordinatore per gli Aiuti d'Emergenza e Dipartimento per gli Affari Umanitari (DHA), l'UNICEF, l'Alto Commissario per i

Rifugiati (HCR), il Soccorso delle Nazioni Unite e, l'Agenzia dei Lavori per i Rifugiati Palestinesi nel Vicino Est (UNRWA), l'UNDP, i Volontari delle N.U., la FAO, il Programma Alimentare Mondiale (WFP), l'UNESCO e l'OMS.

Essa comprende anche altre organizzazioni intergovernative, al di fuori del sistema delle Nazioni Unite, come l'Organizzazione Internazionale per l'Emigrazione (IOM, International Organization for Migration), e le organizzazioni regionali, l'Unione Europea attraverso l'Ufficio Umanitario della Comunità Europea (ECHO), l'Organizzazione degli Stati Americani e l'Organizzazione della Unità Africana.

Le ONG hanno un ruolo di primo piano nella rete umanitaria. Promotrice del diritto umanitario internazionale e pioniera dell'assistenza umanitaria neutrale sono rispettivamente la Croce Rossa Internazionale e il Movimento della Mezzaluna Rossa (Red Crescent Movement). Esse comprendono il Comitato Internazionale della Croce Rossa, la Federazione Internazionale delle Società della Croce Rossa e della Mezzaluna Rossa e 179 Società nazionali della Croce Rossa e della Mezzaluna Rossa.¹⁴³ Il Comitato Direttivo per la Risposta Umanitaria è un'alleanza di organizzazioni non governative che comprende: Assistenza Internazionale, Caritas Internazionale, Federazione Internazionale delle società della Croce Rossa/Mezzaluna Rossa, l'Alleanza Internazionale per la Salvaguardia dell'Infanzia, la Federazione Luterana Mondiale, l'Oxfam Internazionale e il Consiglio Mondiale delle Chiese. Altre Organizzazioni non Governative fanno parte di altre coalizioni o consigli.

Questa ampia rete non è né organizzata né diretta da un'autorità centrale, essendo ogni movimento e organizzazione tesa a salvaguardare la propria autonomia, i propri obiettivi statutari, il proprio orientamento filosofico o religioso, il significato della propria azione e i propri fondi.

Le Nazioni Unite hanno recentemente tentato di assumere un ruolo di guida nella assistenza umanitaria internazionale: infatti, il coordinamento dell'azione delle vari istituzioni delle N.U. o i Fondi è di per sé imperfetto, mentre la Croce Rossa Internazionale e il Movimento della Mezzaluna Rossa e le altre Organizzazioni non Governative rifiutano ogni direzione, guida e dominazione da parte delle Nazioni Unite.

¹⁴³ Le Società nazionali della Croce Rossa sono chiamate della Mezzaluna Rossa nei Paesi Arabi, in Iran del Leone e Sole Rosso. Enciclopedia Garzanti del Diritto, 1993, p.405

Per quanto riguarda l'OMS, l'art.2 (lett. d) del Trattato istitutivo prevede che una delle sue funzioni è di fornire adeguata assistenza tecnica e, in situazioni di emergenza, il necessario aiuto su richiesta o accettazione da parte dei Governi. L'art.58 autorizza il Consiglio Esecutivo a stabilire un fondo speciale, da utilizzare a sua discrezione, per fronteggiare le emergenze e gli eventi imprevisti.¹⁴⁴

Fino agli anni 90 questo aiuto è consistito in una limitata assistenza medico - sanitaria consultiva integrata dall'invio di farmaci e vaccini.

Per esempio nel 1951 il Consiglio Esecutivo, in risposta ad una richiesta del governo Turco di assistenza nella risoluzione dei problemi sanitari causati da un recente e continuo flusso di rifugiati, autorizzò la fornitura di medicinali supplementari per un ammontare non eccedente 55000 dollari USA e richiese al Direttore Generale di consultarsi con le N.U., con l'Organizzazione Internazionale dei Rifugiati, con la Lega delle Società della Croce Rossa, o altre organizzazioni competenti sulla fornitura di assistenza in questa emergenza. Comunque il Consiglio Esecutivo dichiarò che l'Organizzazione non era attrezzata e finanziata per fronteggiare tali situazioni.

L'assistenza umanitaria dell'OMS dovette affrontare anno dopo anno il danno pubblico sanitario causato in vari Paesi da catastrofi naturali o disastri causati dall'uomo quali: terremoti, inondazioni, siccità e fame, conflitti interni ed esterni. L'OMS dovette cooperare con l'allora Coordinatore degli Aiuti per le Calamità, l'HCR, l'UNDP, l'UNICEF, la Banca Mondiale, l'ICRC, la Lega delle Società della Croce Rossa e della Mezzaluna Rossa ed altre istituzioni.

Nel 1989 il Direttore Generale dell'OMS creò la Divisione per le Operazioni di Soccorso d'Emergenza nelle propria sede centrale.

Nel dicembre del 1991 l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite affermò che le Nazioni Unite avevano il ruolo centrale ed unico di leadership e coordinamento degli sforzi della comunità internazionale nel soccorrere i Paesi colpiti. Essa creò un successivo Coordinatore per l'Aiuto di Emergenza, un organo di elevato livello presso la sede centrale delle Nazioni Unite a New York, che deve lavorare in cooperazione con le organizzazioni attinenti e con gli enti del sistema delle Nazioni Unite che si occupano dell'assistenza umanitaria nel pieno rispetto del loro mandato. Non si pose pertanto alcun problema di unificazione, o integrazione di queste

¹⁴⁴ Basic Documents, Forty Second Edition, Geneva, 1999

organizzazioni all'interno del sistema delle Nazioni Unite, ma soltanto di una cooperazione volontaria.

Questa risoluzione portò anche alla creazione del Dipartimento degli Affari Umanitari, diretto dal Coordinatore e costituì il Comitato Permanente Inter-Agenzia, composto dai capi delle maggiori agenzie delle Nazioni Unite e delle altre organizzazioni umanitarie.

Nel maggio del 1993 l'Assemblea Mondiale della Sanità richiese al Direttore Generale di incrementare le potenzialità tecniche e di personale nei Centri di Direzione dell'OMS nel campo della assistenza umanitaria nel settore sanitario. L'OMS deve coordinare gli aspetti sanitari di prima necessità in caso di calamità all'interno del sistema delle Nazioni Unite.

Nel 1995 l'Assemblea Generale sollecitò il Direttore Generale a rafforzare le attività dell'OMS nel pronto intervento in caso di emergenza, nella risposta di emergenza e nell'intervento umanitario, nonché nell'assistenza legale umanitaria.

L'espansione del ruolo dell'OMS in questo campo è dovuta in parte al crescente numero di Paesi o regioni colpite da disastri naturali o provocati dall'uomo e in parte dalla maggiore attenzione dei media alle sofferenze patite dalle popolazioni colpite. L'intervento di Bernard Kouchner, allora Ministro francese per la Sanità e per l'Intervento Umanitario e fondatore della Médecins sans Frontières e Médecins du Monde, alla 45° Assemblea Mondiale della Sanità potrebbe avere influenzato tale innovazione. “Non dovrebbe l'Organizzazione intervenire ogni qual volta la situazione lo sembra richiedere, così assicurando la sua attiva presenza al fianco dei responsabili della sanità nei Paesi minacciati?”.

Pur senza la creazione della “strike-force” umanitaria proposta da Kouchner, l'OMS oggi assicura una più attiva presenza nel campo delle operazioni di soccorso di emergenza.

Negli ultimi anni delegati dell'OMS sono stati inviati in Bosnia, unitamente a funzionari dell'UNICEF e dell'HCR. Altre missioni comuni hanno portato assistenza umanitaria diretta in Cambogia e in Eritrea (rimpatrio dei rifugiati), in Iran e nelle Filippine (terremoti) in Bangladesh e in Cina (inondazioni).

L'OMS ha partecipato a un gruppo inter-agenzia, guidato dall'HCR, che aveva il compito di individuare le necessità umanitarie delle repubbliche della ex Unione Sovietica.

Dal 1948 l'OMS collabora strettamente con l'UNRWA.. L'OMS è responsabile della pianificazione, sviluppo e supervisione del programma sanitario dell'UNRWA e la assiste nell'analisi periodica dello stato nutrizionale dei rifugiati Palestinesi.

La collaborazione avviene mediante l'invio da parte dell'OMS di un gruppo di consulenti sanitari. Nel 1993 l'Ufficio Regionale del Mediterraneo Orientale ha affiancato all'UNRWA un rappresentante speciale del Direttore Generale, tre consiglieri medici, un ingegnere ambientale e un'infermiera.

Seguendo la risoluzione adottata nel 1974 dall'Assemblea Generale, che assegna lo status di osservatore alla Organizzazione per la Liberazione della Palestina (OLP), l'Assemblea della Sanità sollecitò al Direttore generale la cooperazione con l'OLP per l'assistenza alla popolazione Palestinese. Questa decisione ha evidenziato una situazione esistente, essendo stata l'UNRWA sotto l'influenza dell'OLP per molti anni.¹⁴⁵

L'OMS fornisce al Programma Alimentare Mondiale consigli e supporto tecnico sugli aspetti sanitari dei suoi programmi e progetti di sviluppo, con particolare attenzione ai Paesi meno avanzati o con meno reddito pro capite o a quei Paesi colpiti da un deficit alimentare. L'OMS si occupa degli aspetti nutrizionali e sanitari delle operazioni di soccorso d'emergenza del Programma, soprattutto nell'ambito di progetti a lungo termine per i rifugiati e per i profughi.¹⁴⁶

10.5 IL COORDINAMENTO CON ALTRE ORGANIZZAZIONI INTERGOVERNATIVE E NON GOVERNATIVE

L'OMS collabora con molte organizzazioni regionali intergovernative, oltre ad essere associata costituzionalmente all'Organizzazione Panamericana della Sanità.

Essa collabora inoltre con l'Organizzazione dell'Unità Africana (OAU) mediante l'Ufficio dell'OMS per l'OAU e la Commissione Economica delle N.U. per l'Africa (ECA) con sede ad Addis Abeba, in particolare per il piano regionale di nutrizione in Africa, per le dichiarazioni di Dakar e Tunisi sull'HIV/AIDS e per la capacità costruttiva delle Organizzazioni non Governative Africane. Su richiesta dell'OAU,

¹⁴⁵ The First Ten Years of the World Health Organization, Geneva, 1958 pp. 135-136

The Second Ten Years of the World Health Organization 1958-1967, Geneva, 1968, pp. 43-44, 281

¹⁴⁶ Y. Beigbeder: International Organization and the Evolution of World Society, Volume 4, The World Health Organization, The Hague/London/Boston, 1998, pp. 180-183

l'OMS ha fornito assistenza per la stesura del protocollo sanitario che diventerà parte integrante del trattato sulla Comunità Economica Africana.¹⁴⁷

A seguito della firma di una lettera di intenti fra l'OMS e la Commissione della Comunità Europea risalente all'inizio del 1992, il Direttore Generale nominò un rappresentante al fine di agevolare la cooperazione con le istituzioni europee ed in particolare fornire criteri tecnici alle attività che regolano la Commissione, e per promuovere gli aspetti sanitari dei programmi di sviluppo dell'Unione Europea. Nel maggio del 1993 il Consiglio dei Ministri invitò la Commissione a rafforzare la sua cooperazione con l'OMS. Nel 1996 l'Ufficio Umanitario della Comunità Europea e l'OMS firmarono un accordo preliminare di partnership. Una stretta collaborazione è stata raggiunta sui problemi scientifici legati all'encefalopatia spongiforme bovina e nel progetto di controllo sulla malaria in Cambogia, nella Repubblica Democratica del Popolo Lao e in Vietnam. L'OMS ha anche esteso la sua collaborazione all'OECD.¹⁴⁸

Attraverso una combinazione di sostegno concreto, raccolta di fondi e assistenza legale, le Organizzazioni non Governative hanno recentemente contribuito agli sforzi dell'OMS in campi quali il controllo della lebbra e della tubercolosi, l'immunizzazione, prevenzione della cecità e sordità, rifornimento idrico e igiene. Fra le ONG ufficialmente ammesse ad avere relazioni con l'OMS nel 1995 e nel 1996:

- il Comitato Inter-Africa sulle pratiche tradizionali che colpiscono la Salute delle Donne e dei Bambini, il quale contribuisce a distribuire un corredo di informazioni sulla mutilazione genitale femminile
- la Coalizione Sanitaria Internazionale delle Donne che promuove le prospettive delle donne nella ricerca sanitaria riproduttiva
- la Federazione Internazionale di Talassemia e la Malattia di Alzheimer Internazionale che agiscono nella comunità per migliorare la conoscenza e la consapevolezza della ereditarietà di queste malattie e di altre forme di demenza e

¹⁴⁷ The World Health Report 1996, Geneva, pp.88-89

The World Health Report 1997, Geneva, p.102

¹⁴⁸ Y. Beigbeder: International Organization and the Evolution of World Society, Volume 4, The World Health Organization, The Hague/London/Boston, 1998, pp. 184-185

disturbi correlati e, assistenza legale per lo sviluppo dei programmi di controllo sulla talassemia nei Paesi dove ciò è maggiormente necessario.¹⁴⁹

10.6 RIFLESSIONI SUL COORDINAMENTO DELL'OMS CON ALTRE ORGANIZZAZIONI

La necessità di coordinamento e cooperazione dell'OMS con altre organizzazioni intergovernative e nazionali, e con organizzazioni non governative che hanno mandati ed attività nel settore della sanità pubblica è più che evidente. Tuttavia il livello di questo coordinamento e cooperazione varia in relazione ai programmi ed alle organizzazioni interessate.

In nessun caso l'OMS è risultato subordinato ad altre organizzazioni. I Direttori Generali dell'OMS hanno mantenuto la ben radicata tradizione dell'autonomia della Organizzazione, con il costante sostegno dei propri organi direttivi, sulla base del mandato costituzionale: "agire come autorità di direzione e di coordinamento nel lavoro sanitario mondiale".

Il Comitato Amministrativo del Coordinamento, i cui Membri si incontrano soltanto alcuni giorni all'anno, non ha né il mandato né il potere necessario per approvare e controllare i programmi delle organizzazioni partecipanti.

Né l'Assemblea Generale né il Consiglio Economico e Sociale delle N.U. hanno la capacità di controllare direttamente gli organi direttivi e il Segretariato dell'OMS.

Gli accordi inter-agenzia non sempre hanno impedito conflitti di competenza o scontri sulla raccolta dei fondi sebbene le commissioni congiunte abbiano avuto un ruolo importante nel risolvere i problemi tra le agenzie.

Il coordinamento inter-agenzia più efficace è portato avanti tramite programmi comuni, alleanze temporanee con obiettivi precisi e attività sottoposte al controllo periodico di commissioni composte dai rappresentanti delle organizzazioni partecipanti, dei governi donatori, delle istituzioni private e dei Paesi in via di sviluppo.

Pochi passi in avanti sono stati fatti nel coordinamento operativo compiuto dall'UNDP a causa della ostinata resistenza delle agenzie specializzate a

¹⁴⁹ The World Health Report 1996, Geneva, p.89
The World Health Report 1997, Geneva, pp. 102-103

sottomettersi al dominio delle nazioni Unite, ivi inclusa l'OMS. Ogni organizzazione o fondo si sforza di incrementare la "propria" parte di attività e quindi di finanziamento, a danno di un approccio integrato di sviluppo.

Questo approccio può essere realizzato soltanto dai Paesi in via di sviluppo stessi, nella misura in cui i governi hanno la volontà politica e la capacità di imporre le proprie decisioni, nell'interesse delle loro popolazioni, senza necessariamente cedere alle pressioni dei donatori, dei Paesi e delle organizzazioni per lo sviluppo nazionale ed internazionale.

Un approccio integrato allo sviluppo potrebbe essere imposto alle agenzie specializzate se i rappresentanti dei governi dovessero assumere, negli organi direttivi di queste istituzioni, le stesse posizioni che essi hanno nell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite. Questo richiederebbe una volontà politica determinata e chiara da parte di questi Paesi, e un miglior coordinamento delle posizioni dei Ministeri nei governi nazionali.

Il coordinamento delle Organizzazioni non Governative non dipende soltanto dalla volontà e dall'azione dei capi esecutivi: esso dipende primariamente dalla volontà politica degli Stati Membri basata sulla considerazione del valore delle varie organizzazioni internazionali in relazione all'interesse nazionale dei singoli Paesi.

Capitolo 11: CONCLUSIONI

11.1 LE RIFORME NECESSARIE

Nel gennaio del 1992 il Consiglio Esecutivo intraprese un'analisi della risposta dell'OMS ai cambiamenti globali attraverso un gruppo di lavoro eletto da e tra i Membri stessi. Il rapporto finale fu approvato nel maggio del 1993 con la risoluzione WHA46.16. Le misure proposte e la relativa realizzazione dovevano essere attuate dal Consiglio Esecutivo e dal Direttore Generale.

Il Consiglio Esecutivo creò due gruppi di lavoro a “struttura leggera”, il Comitato e l'Amministrazione per lo sviluppo del Programma e il Comitato per il Bilancio e le Finanze. Il Direttore Generale mise invece a punto un Consiglio per le Politiche Globali e un Comitato Direttivo per lo Sviluppo finalizzato al miglioramento gestionale e a portare avanti il processo di riforma.

Nel gennaio 1994 il Direttore Generale descrisse le riforme intraprese dall'OMS per adattare le politiche, la gestione e la struttura dell'Organizzazione ad un'evoluzione globale continua e rapida:

- aggiornamento delle politiche dell'OMS per “la Salute per Tutti” allo scopo di coinvolgere maggiormente la società civile in materia sanitaria
- adozione di obiettivi più realistici per la “Salute per Tutti” oltre il 2000
- assistenza in casi di emergenza, “funzione vitale” dell'OMS
- coinvolgimento attivo dell'OMS nei diritti umani e nell'etica biomedica.

L'OMS ha individuato le seguenti aree prioritarie di riforma: assistenza legale dell'OMS e politica di comunicazione, metodi di lavoro degli organi direttivi, struttura interna dell'Organizzazione e relazioni operative, quali rete globale e programma di sviluppo e gestione, piani di bilancio e personale.

Il Nono Programma Generale di Lavoro per il periodo 1996-2001, approvato dall'Assemblea nel maggio 1994, traccia le linee per l'intervento sanitario mondiale da parte di tutti i partner e per il programma di sviluppo dell'OMS soprattutto nel contesto di una riforma complessiva del lavoro dell'OMS. L'Assemblea sollecitò la comunità sanitaria mondiale a mobilitare l'impegno, le risorse e la perizia necessarie per raggiungere gli obiettivi del Programma all'interno di quattro orientamenti generali interdipendenti. La “superiorità tecnica” dell'OMS doveva essere mantenuta.

Nel gennaio 1994 il Direttore Generale ribadì che per affrontare priorità a breve o a lungo termine la disponibilità di risorse era un prerequisito fondamentale. Egli menzionò le tre principali difficoltà:

- l'inadeguatezza totale di fondi dovuta alla mancanza concreta di politica finanziaria. Tale mancanza di fondi era acuita dal deficit dei contributi stanziati
- il crescente squilibrio fra il finanziamento del bilancio ordinario e straordinario per alcuni programmi prioritari
- il frequente richiamo all'OMS per stabilire priorità sulla base del "value for money" ("ne vale il prezzo")

Nonostante le risoluzioni, la nuova formulazione di politiche, la creazione di nuovi comitati e le esortazioni, la crisi dell'OMS non è risolta: gli Stati Membri, il Consiglio Esecutivo e l'attuale Direttore Generale dovranno assicurare che le Dichiarazioni di intenti vengano tradotte in pratica. Essi dovranno dimostrare concretamente e pubblicamente che l'OMS è sulla via del rinnovamento. In particolare si dovrebbero associare specialisti indipendenti o gruppi esterni all'Organizzazione per riesaminare le priorità dell'Organizzazione, gli obiettivi e la gestione di programmi specifici, il che rafforzerebbe la credibilità del processo di riforma. Tale procedura, già adottata per la valutazione dei programmi speciali di bilancio straordinario, dovrebbe essere estesa ai più importanti gruppi di lavoro interni (segretariato) ed esterni e ai programmi principali finanziati dal bilancio ordinario.

Il Gruppo di Lavoro del Consiglio Esecutivo sulla Risposta dell'OMS al Cambiamento Globale raccomandò al Consiglio di rivedere l'attuale delega di potere tra Sede centrale e Uffici Regionali, nonché di introdurre i cambiamenti necessari alla luce dell'esperienza e dei bisogni attuali. La questione delle limitazioni all'autonomia degli Uffici Regionali e della loro "politicizzazione" dovrebbe essere seriamente ed apertamente esaminata, nonostante la forte resistenza che parte dei governi e dei segretariati regionali potrebbero opporre.

Un'altra questione di grande importanza è la misura in cui il ruolo normativo dell'OMS dovrebbe estendersi.¹⁵⁰

¹⁵⁰ A.L. Taylor. Making the World Health Organization work. *American Journal of Law and Medicine*, 1992, pp.345-346
David Fidler, The future of the World Health Organization. *Vanderbilt Journal of Transnational Law*, 1998, pp.1079-1080

Alcuni gruppi indipendenti e specialisti hanno di recente analizzato le necessità attuali e future in campo sanitario, identificando le carenze del sistema attuale e cercando di evidenziare le principali funzioni per una rinnovata Organizzazione Mondiale della Sanità, quale guida per stabilire la struttura e i meccanismi di un nuovo sistema sanitario mondiale.

Nel 1997, un Gruppo Indipendente per la Salute Globale riconobbe che l'OMS "per la sua membership globale e ampio mandato, ha uno straordinario potenziale per raggiungere gli obiettivi al di là della volontà dei singoli Paesi che ne beneficeranno. L'Organizzazione può vantare grandi successi, dall'eradicazione del vaiolo all'incoraggiamento dell'allattamento materno. Diffonde conoscenza scientifica e tecnica. Coopera con gli Stati Membri nel costruire la loro capacità nel mettere in pratica tale conoscenza e nell'aiutare le nazioni ad assumersi responsabilità verso la salute delle proprie popolazioni".

Le sfide attuali dell'OMS riguardano i rapidi cambiamenti nella tipologia delle malattie, la perdita del precedente monopolio sui problemi e interventi sanitari, nonché l'irrisolta frammentazione regionale e politicizzazione.

La necessità di migliorare la risposta dell'OMS ai cambiamenti politici, economici e sanitari nel mondo rimane prioritaria.

Il mandato dell'OMS, funzioni, priorità e struttura stessa devono essere riviste.

L'OMS può recuperare superiorità tecnica e gestionale potenziando la propria capacità di affrontare le nuove sfide in un mondo sempre più turbolento.

11.2 CONSIDERAZIONI FINALI

L'OMS non sfugge alla fondamentale contraddizione comune a tutte le organizzazioni intergovernative: l'obiettivo perseguito è internazionale, ma la sua attuazione può soltanto essere nazionale.

L'obiettivo dell'OMS è "il raggiungimento delle migliori condizioni di salute possibili". Questo obiettivo è transnazionale per due ragioni: in primo luogo perché le malattie non hanno frontiere, in secondo luogo perché il miglioramento delle condizioni socio - economiche, requisito indispensabile per un fattivo progresso nella sanità pubblica, può essere raggiunto a livello regionale o anche globale, attraverso la

composizione dei conflitti e delle guerre civili ed una distribuzione equa e razionale delle risorse naturali e sanitarie.

Per contro, la realizzazione dei programmi è nazionale, dal momento che l'OMS agisce sempre in accordo con i governi o su loro richiesta. Il successo o il fallimento di un programma dipende in definitiva dalla volontà e dalla capacità degli Stati Membri dell'OMS.

La conseguenza di questa contraddizione è che non è possibile formulare un giudizio complessivo sulla efficienza dell'Organizzazione. Se un programma fallisce, la ragione può consistere nel fatto che esso è stato mal concepito e malamente portato avanti, ma anche nel fatto che le condizioni specifiche del Paese nel quale esso è attuato sono tali da non consentirne il successo, oppure da tutte queste ragioni messe insieme.

Il vero problema non è se l'OMS è stata "efficace", ma piuttosto se è stata in grado di creare uno schema nel quale gli Stati Membri (qualora ne siano in grado e lo vogliano) definiscano ed attuino una politica sanitaria pubblica vincente.

BIBLIOGRAFIA

TESTI

- 1) C.H. Alexandrowicz. World Economic Agencies Law and Practice. London, 1962
- 2) Y. Beigbeder. International Organizations and the evolution of world society, Volume IV, The World Health Organization. The Hague/London/Boston, 1998
- 3) G. Biscottini. Il Diritto delle Organizzazioni Internazionali, Parte II, Le principali Organizzazioni. Padova, 1981
- 4) D.W. Bowett. The law of international institutions. London, 1975
- 5) B. Conforti. Le Nazioni Unite. Padova, 1996
- 6) D. Fidler. The future of the World Health Organization: what role for international law? Vanderbilt Journal of Transnational Law, 1998 pp.1079 e segg.
- 7) D.W. Greig. International law. London, 1976
- 8) E. Greppi. OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), Novissimo Digesto Italiano, Appendice, Volume V, Torino, 1987 pp.447 e segg.
- 9) E.B. Haas. When knowledge is power: three models of change in International Organizations. Stanford, 1990
- 10) F.M. Mburu. Non-governmental organizations in the health field: collaboration, integration and contrasting aims in Africa. Society, Science & Medicine, 1989 pp.591 e segg.
- 11) R. Monaco. Lezioni di organizzazione internazionale, Volume I, Diritto delle istituzioni internazionali. Torino, 1965
- 12) A.P. Sereni. Diritto Internazionale, Volume II, Tomo II, Soggetti a carattere funzionale: le organizzazioni internazionali. Milano, 1960
- 13) A.L. Taylor. Making the World Health Organization work: a legal framework for universal access to the conditions for health. American Journal of Law and Medicine, 1992 pp. 301 e segg.
- 14) Enciclopedia Garzanti del Diritto, Milano, 1993

DOCUMENTAZIONE DELL'OMS

- 1) The World Health Report 1996. Geneva 1997
- 2) Basic Documents, Forty Second Edition. Geneva 1999

- 3) The first ten years of the World Health Organization. Geneva 1958
- 4) The second ten years of the World Health Organization 1958-1967. Geneva 1968
- 5) Communiqués de Presse de l'Organisation Mondiale de la Santé 1998, 1999
- 6) <http://www.who.int>