

2. L'OMS: fundamenta, struttura, governo, gestione e strumenti

Eduardo Missoni

Nello statuto dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) la salute viene definita come “uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non esclusivamente assenza di malattia”.¹ In quello stesso documento la salute viene riconosciuta come un “diritto fondamentale di ogni essere umano senza distinzione di razza, religione, credo politico, condizione economica o sociale”. Si tratta storicamente del primo riconoscimento di quel diritto in un ordinamento internazionale.^a

Nella Dichiarazione universale dei diritti umani, all'articolo 25, si legge: “Ogni individuo ha diritto a un tenore di vita sufficiente a garantire la salute e il benessere proprio e della sua famiglia, con particolare riguardo all'alimentazione, al vestiario, all'abitazione, e alle cure mediche e ai servizi sociali necessari”. Nel medesimo articolo e al precedente articolo 22 è riconosciuto il diritto di ogni individuo alla sicurezza sociale e alla realizzazione “dei diritti economici sociali e culturali indispensabili alla dignità e al libero sviluppo della sua personalità” da perseguire “attraverso lo sforzo nazionale e la cooperazione internazionale e in rapporto con l'organizzazione e le risorse di ogni Stato”.² La salute, dunque, rappresenta un diritto in sé, ma non può essere garantito appieno se non in collegamento con altri diritti fondamentali, che la società nel suo complesso è chiamata a garantire.

L'OMS riconosce che la salute di tutti è condizione indispensabile per la pace e la sicurezza del mondo, e dipende anche dalla piena cooperazione tra gli Stati. I risultati raggiunti in ogni singolo Paese sono un valore per tutti, mentre uno sviluppo disuguale nella promozione della salute e nel controllo delle malattie è “un pericolo comune”. I benefici derivanti dalle conoscenze nel campo delle scienze mediche e quelle a esse correlate devono dunque essere estesi a tutti e spetta ai Governi la responsabilità della salute dei cittadini attraverso la messa in atto di adeguate misure sanitarie e sociali.¹

Nel documento costitutivo dell'OMS traspare dunque il carattere indivisibile della salute e la necessità di un approccio globale nella sua

^a Il Trattato istitutivo dell'OMS entrò in vigore il 7 aprile 1948 con la ratifica da parte di 26 Stati membri dell'ONU (vedi capitolo precedente).

promozione. Tale impostazione assume peraltro un rinnovato significato oggi, laddove, parallelamente all'integrazione multidimensionale (economica, politica e culturale), con l'accelerazione del processo di globalizzazione si assiste alla globalizzazione dei rischi per la salute e l'integrità individuale e collettiva (per esempio sul piano della diffusione delle infezioni emergenti, del degrado e dei nuovi contaminanti ambientali, nonché di fattori socio-comportamentali quali l'uso di tabacco, alcol e droghe e le crescenti violenze).³

Il diritto alla salute, nonché il diritto alle condizioni indispensabili alla sua realizzazione, è stato successivamente richiamato in diverse Convenzioni internazionali, che avendo carattere cogente per gli Stati che le abbiano ratificate, hanno creato le premesse affinché esso debba essere garantito in quei Paesi. Si ricorda la Convenzione internazionale sui diritti economici, sociali e culturali (del 1966, in vigore dal 3 gennaio 1976); la Convenzione per l'eliminazione di tutte le forme di discriminazione delle donne (del 1979, in vigore dal 3 settembre 1981); la Convenzione per l'eliminazione di tutte le forme di discriminazione razziale (del 1965, in vigore dal 4 gennaio 1969); e la Convenzione per i diritti del fanciullo (del 1990, in vigore dal 2 settembre 1990).

L'OMS fu costituita per rendere effettivo il diritto alla salute e quindi con l'obiettivo di "condurre tutti i popoli a un livello di salute il più elevato possibile".¹

Il mandato dell'OMS

L'atto costitutivo attribuisce all'OMS ventidue funzioni.¹ Queste possono essere riunite in sei linee fondamentali.⁴

- Coordinamento e direzione: dirigere e coordinare le attività internazionali in sanità; proporre convenzioni, accordi, regolamenti e fornire raccomandazioni in tema di salute internazionale; stabilire e mantenere un'efficace collaborazione con l'Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU), le sue agenzie specializzate, le autorità sanitarie governative, i gruppi professionali e le altre organizzazioni che si reputi necessario.
- Supporto ai Paesi e alle popolazioni vulnerabili: assistere su richiesta i Governi nel potenziamento dei servizi sanitari; fornire assistenza tecnica appropriata e, nelle emergenze, l'aiuto necessario richiesto o accettato dai Governi; fornire assistenza e servizi sanitari a gruppi speciali di popolazione, su richiesta dell'ONU.

- Promozione della salute globale: stimolare e condurre attività per l'eradicazione delle malattie; promuovere il miglioramento delle condizioni di vita (nutrizione, alloggio, igiene ambientale, condizioni lavorative); promuovere la prevenzione delle lesioni da incidenti; promuovere la salute e il benessere di madre e bambino; promuovere attività nel campo della salute mentale.
- Informazione: stabilire e mantenere servizi amministrativi e tecnici, inclusi quelli a carattere epidemiologico e statistico; fornire informazioni, consulenza e assistenza; contribuire alla formazione di un'opinione pubblica informata.
- Promozione della formazione e della ricerca: promuovere e condurre ricerca nel campo della salute; studiare gli aspetti gestionali e sociali che interessano la salute pubblica e l'assistenza medica; promuovere la cooperazione tra gruppi scientifici e professionali; migliorare e promuovere gli standard di insegnamento e formazione.
- Stabilire gli standard: stabilire e aggiornare la classificazione internazionale delle malattie, delle cause di morte e delle procedure di sanità pubblica; standardizzare le procedure diagnostiche; sviluppare e promuovere standard internazionali in relazione agli alimenti, i prodotti biologici, farmaceutici e altri similari.

Naturalmente è possibile individuare raggruppamenti diversi e associare le funzioni a specifiche linee di attività dell'OMS. Esercizi simili sono stati effettuati in passato, come per esempio nell'elaborazione dell'11° Programma generale di lavoro (2006-2015)⁵ e nell'attuale percorso di riforma, nel tentativo di una più precisa identificazione delle priorità dell'OMS.

Gli organi

L'Assemblea Generale

Il massimo organo deliberativo dell'OMS è l'Assemblea mondiale della salute (AMS). Essa è composta da rappresentanti di tutti i Paesi membri, scelti preferibilmente tra coloro che rappresentano l'amministrazione sanitaria di ciascun Paese (in genere il Ministro della sanità), fino a un massimo di tre delegati per Paese. A ogni singola delegazione spetta un voto. L'AMS si riunisce in sessioni ordinarie una volta l'anno nel mese di maggio e può riunirsi in sessione straordinaria su richiesta del Consiglio esecutivo (CE) oppure della maggioranza degli Stati. Spetta all'AMS stabilire la politica dell'OMS; designare gli Stati abilitati a nominare un membro del CE; nominare il Direttore ge-

nerale (DG) su designazione del CE; analizzare e approvare i rapporti e le attività del CE e del DG, dando a essi tutte le istruzioni necessarie per richiamare l'attenzione degli Stati membri e del resto della comunità internazionale sulle materie in cui si rendono necessarie determinate misure, studi o ricerche; controllare la politica finanziaria dell'OMS, esaminare e approvare il bilancio, nonché determinare la quota di contribuzione obbligatoria di ciascuno Stato; incoraggiare e dirigere i lavori di ricerca nel campo della salute utilizzando personale proprio o creando le istituzioni necessarie per lo svolgimento di tale attività, cooperando con le istituzioni degli Stati membri. L'AMS adotta inoltre regolamenti e standard sanitari internazionali e può emanare specifiche raccomandazioni nei confronti degli Stati membri in materie di competenza dell'OMS. Due comitati assistono l'AMS nei suoi lavori: il Comitato per l'amministrazione, le questioni finanziarie e legali (noto come Comitato A) e il Comitato per il programma e il bilancio (Comitato B). Le risoluzioni dell'AMS sono adottate a maggioranza semplice e ogni Paese membro ha diritto a un voto.¹ Tuttavia, come nel caso dell'ONU, nella maggioranza dei casi si segue il cosiddetto metodo del consensus^b e le risoluzioni sono presentate sotto forma di raccomandazioni. Peraltro, molte decisioni importanti e a volte fondamentali sono prese altrove, per esempio nel CE, dal Segretariato e persino da singoli Stati membri mediante la designazione dei loro contributi volontari (vedi oltre) e negoziazioni realizzate al di fuori del momento assembleare, dove naturalmente pesano le notevoli asimmetrie nella capacità dei singoli Stati membri di influenzare le politiche dell'OMS.^{6,7} L'AMS può inoltre adottare, a maggioranza dei due terzi, convenzioni o accordi in materie di competenza dell'OMS, ivi inclusi quelli con l'ONU. La maggioranza dei due terzi è indispensabile anche nel caso di modifica dell'atto costitutivo dell'OMS.

Il Consiglio esecutivo

Il CE di 34 membri è composto da persone tecnicamente qualificate in campo sanitario designate da altrettanti Stati membri. L'AMS elegge gli Stati membri che avranno titolo a designare la persona che farà parte del CE. Nella scelta dei membri del CE l'AMS deve attenersi anche a un criterio di equa distribuzione geografica, assicurando che almeno

^b La pratica del consensus consiste nell'approvare una decisione senza una formale votazione, limitandosi a sottoporre all'AMS un determinato atto e invitando a una formale presa di posizione soltanto coloro che non sono a essa favorevoli. Nel caso in cui nessuno esprima apertamente il proprio dissenso, la dichiarazione è considerata approvata.

tre membri siano eletti dai Comitati regionali dell'OMS. I membri del CE devono essere persone "tecnicamente qualificate" in campo sanitario. I membri del CE hanno un mandato triennale rinnovabile. Il CE, che si riunisce almeno due volte l'anno (in genere a gennaio e a maggio, immediatamente dopo l'AMS), elegge al suo interno il proprio Presidente e adotta le procedure per il proprio funzionamento. Spetta al CE la preparazione dell'ordine del giorno dell'AMS, l'applicazione delle decisioni e le direttive che da essa provengano e la valutazione, in veste consultiva, sulle questioni che l'AMS intenda sottoporgli. In circostanze che esigano azione immediata per far fronte a situazioni di emergenza, il CE può procedere autonomamente adottando le misure necessarie, nel quadro delle funzioni e nel rispetto delle risorse finanziarie dell'OMS.¹

Il Segretariato

Il Segretariato è un organo tecnico-amministrativo composto dal DG e dal personale tecnico e amministrativo dell'OMS. Il Segretariato predispone le decisioni e le raccomandazioni adottate dagli altri organi, ne cura l'attuazione e sottopone all'AMS i rapporti relativi all'esecuzione delle attività. Il DG è nominato, con mandato quinquennale, dall'AMS su proposta del CE. Il DG è il più alto funzionario tecnico e amministrativo dell'OMS ed è posto sotto l'autorità del CE. Il DG è ex officio segretario dell'AMS, del CE e di tutte le Commissioni e i Comitati dell'OMS, nonché delle Conferenze da essi convocate. Il DG intrattiene rapporti diretti con altre Organizzazioni internazionali e deve informare gli Uffici regionali delle questioni che li riguardano. Altre funzioni del DG sono: preparare il bilancio dell'OMS da sottoporre al CE, nominare il personale che dovrà rispondere all'esigenza di assicurare il massimo livello di efficienza, integrità e rappresentatività internazionale del Segretariato, e assicurare che il reclutamento si realizzi su di una base geografica la più ampia possibile. Per i funzionari dell'OMS di tutti i livelli, sussiste l'obbligo di non sollecitare né ricevere istruzioni da governi o autorità esterne all'OMS. Parallelamente, la Costituzione dell'OMS impegna gli Stati membri a rispettare il "carattere esclusivamente internazionale" del DG e dei funzionari.

Il personale dell'OMS consta attualmente di più di 8.000 persone provenienti da più di 150 Paesi e distribuite tra la sede centrale a Ginevra, i sei uffici regionali e 151 uffici a livello di Paese, area o territorio.^{cd}

^c Sono considerati uffici di aree o territori: l'Ufficio per l'assistenza umanitaria

Peraltro, complice la crisi finanziaria e la svalutazione del dollaro rispetto al franco svizzero (valuta con cui opera la sede a Ginevra), con un deficit di 300 milioni di dollari, nel 2011 l'OMS ha licenziato un quarto del proprio personale.⁸ La struttura della sede centrale si è modificata nel tempo per adattarsi al proliferare di programmi e alle priorità in massima parte determinate dai “donatori”.^e Inoltre, nel corso degli anni novanta, con l'affermarsi di nuove iniziative di Partnership globale pubblico-privato (GPPP),^f che si sono spesso tradotte in nuove organizzazioni,^g l'OMS ha dovuto ridefinire il proprio ruolo sullo scenario della cooperazione internazionale.⁹ Alcune di quelle iniziative,^h ciascuna con formule di governance e procedure diverse, sono ospitate dalla stessa OMS, che mette a disposizione sede e risorse del Segretariato, rendendo ulteriormente complessa la gestione d'insieme.

Le organizzazioni e gli uffici regionali

L'OMS comprende sei strutture organizzative regionali risultato dell'incorporazione di organizzazioni preesistenti, nonché della creazione di nuovi organi regionali completata nel 1951 (capitolo 1): Africa (AFRO), Americhe (AMRO), Sud-est asiatico (SEARO), Europa (EURO), Mediterraneo Orientale (EMRO) e Pacifico Occidentale (WPRO), cui partecipano gli Stati membri di quelle aree geografiche, con alcune notevoli eccezioni determinate da ragioni culturali e politiche. La Grecia per esempio, dapprima inclusa in EMRO, entrò a far parte nel 1949 di EURO su sua richiesta. Il Marocco, inizialmente in EURO, entrò a far parte di EMRO nel 1986. Il principale problema po-

dell'OMS a Pristina; l'Ufficio della West Bank a Gaza; l'Ufficio della frontiera USA-Messico a El Paso; l'Ufficio per il Coordinamento del Programma per i Caraibi a Barbados; l'Ufficio della Micronesia del Nord.

^d www.who.int/about/structure/en/, www.who.int/countryfocus/country_offices/en/

^e Con il termine “donatori” ci si riferisce agli Stati membri più ricchi che finanziano l'OMS con contributi volontari aggiuntivi a quelli obbligatori, nonché alle altre organizzazioni, pubbliche o private, che contribuiscono anch'esse con donazioni ai fondi fuori bilancio (extra-budgetary funds) dell'OMS.

^f Global Public Private Partnerships (GPPP).

^g Come nel caso di Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (GFATM) e della GAVI Alliance, che sono oggi fondazioni di diritto svizzero.

^h Le iniziative ospitate sono: Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases (TDR); Alliance for Health Policy and Systems Research (AHPSR); European Observatory on Health Systems and Policies (OBS); Global Health Workforce Alliance (GHWA); Health Metrics Network (HMN); International Drug Purchase Facility (UNITAID); Partnership for Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health (PRMNCH); Roll Back Malaria Partnership (RBM); Stop Tuberculosis Partnership (STBP).

litico fu quello dell'assegnazione di Israele a EMRO nel 1949. Fin dal 1951 i Paesi Arabi di quella regione si rifiutarono di partecipare, a livello regionale, agli incontri ai quali partecipava Israele. Nel 1953 l'AMS ritenne che un'organizzazione tecnica come l'OMS non avrebbe dovuto essere chiamata a giudicare o decidere questioni di carattere politico e auspicò la divisione in due sottocomitati che risultò inefficace. Finalmente, nel 1985, l'AMS approvò la richiesta di Israele di annessione a EURO.¹⁰ Ciascuna delle organizzazioni regionali fa capo a un Comitato regionale (CR), composto dai rappresentanti degli Stati membri e da membri associati della regione.¹ In ciascuna organizzazione regionale un Ufficio regionale, con a capo un Direttore regionale (DR), assicura l'attuazione delle direttive dell'AMS e del CE nella regione di competenza. Il DR è designato dal CE, su proposta del CR, quindi di fatto eletto dagli Stati membri della regione e non nominato dal DG, cui ai sensi della Costituzione dell'OMS (articolo 51) dovrebbe rispondere. Ogni CR si riunisce annualmente per definire le politiche di interesse regionale, esaminare il budget predisposto dal DR e verificare le attività dell'OMS nella regione. In linea di principio le decisioni dei CR sono poi sottoposte all'AMS per l'approvazione, ma in pratica la complessità dell'attività regionale è cresciuta a tal punto da rendere impossibile un rigido controllo politico e di bilancio da parte degli organi centrali, consentendo dunque ampia discrezionalità decisionale ai DR e ai CR. Una simile autonomia e potere decisionale degli organi regionali rende il sistema di decentramento regionale dell'OMS piuttosto singolare nel contesto del sistema dell'ONU e secondo alcuni continua a rappresentare un ostacolo all'efficienza dell'OMS.⁶ A tale originalità si aggiunge il caso di AMRO. Nelle Americhe le funzioni di CR dell'OMS sono assolve dal Consiglio Direttivo della Pan American Health Organization (PAHO), un'istituzione autonoma facente capo all'Organizzazione degli Stati Americani (Organisation of American States, OAS). Il segretariato della PAHO, il Pan American Sanitary Bureau (PASB), assolve la funzione di ufficio regionale dell'OMS.¹¹ (capitolo 1)

¹ Ai CR partecipano anche "territori o gruppi di territori di una regione che non hanno la responsabilità della condotta delle loro relazioni internazionali e che non sono membri associati". I loro diritti e doveri rispetto ai CR sono fissati dall'AMS, sentito lo Stato membro o l'autorità avente responsabilità per le relazioni internazionali di quei territori.

Uffici Paese

Gli uffici dell'OMS nei Paesi hanno dimensioni e capacità diverse tra loro e sono diretti da funzionari di livello differente a seconda delle caratteristiche della sede. Le attività dell'OMS a livello Paese sono basate su specifiche Strategie di cooperazione a livello Paese (Country Cooperation Strategy, CCS) che favoriscono un approccio di sistema e sono anche lo strumento di coordinamento con gli altri organismi del sistema ONU.¹² Quelle strategie cercano anche di recuperare un ruolo strategico degli uffici Paese nel contesto del decentramento dell'OMS, anche per far fronte all'emergere di iniziative globali in aperta competizione con l'OMS stessa.⁶

Centri collaboratori

L'OMS può infine contare su una rete di più di 800 Centri collaboratori in oltre 80 Paesi. Si tratta di istituzioni, per lo più università, centri di ricerca, laboratori, ospedali e altre istituzioni pubbliche o private, designate dall'OMS, che ne sostengono l'attività a diversi livelli con esperti e risorse finanziarie, nell'ambito di accordi di collaborazione quadriennali. Un quarto dei centri collaboratori si trovano negli USA (12%), in Cina (7%) e nel Regno Unito (7%).¹³ In Italia ce ne sono 26 (3%).¹⁴

Finanziamento e bilancio

In quanto agenzia specializzata, l'OMS ha un proprio bilancio finanziato autonomamente rispetto a quello dell'ONU. Al finanziamento del bilancio regolare dell'OMS provvedono tutti gli Stati membri mediante contributi obbligatori. Questi sono calcolati per ciascuno sulla base di un indice di capacità di pagamento elaborato dall'ONU (basato su PIL e popolazione). In questo modo un piccolo numero di Paesi ad alto reddito provvede alla maggior parte del finanziamento regolare dell'OMS. Per assicurarle di non dipendere eccessivamente da un singolo donatore, le regole dell'OMS prevedono che nessun Paese possa contribuire per più di un terzo del bilancio regolare. Gli Stati Uniti sono rimasti sempre il maggior finanziatore contribuendo al bilancio per il 25%, ridotto al 22% dal 2001, quando ottennero la riduzione del loro contributo dopo aver accumulato decine di milioni di dollari di debiti arretrati.⁶

Non condividendo le scelte intraprese da alcune agenzie dell'ONU, come per esempio l'UNESCO e l'Organizzazione Internazionale del

Lavoro (OIL), di cui denunciavano una supposta “politicizzazione”, nel 1982 i maggiori donatori (il cosiddetto “Gruppo di Ginevra”) imposero una politica di “crescita reale zero”^j al bilancio regolare di tutte le organizzazioni dell’ONU. Nel 1993 tale politica fu sostituita da quella ancor più austera di “crescita nominale zero”^k.⁶ Usando i finanziamenti come strumento di pressione politica, nel 1985, reagendo all’adozione da parte dell’OMS del Programma dei farmaci essenziali (capitolo 4), non gradito alle potenti lobby farmaceutiche americane, gli Stati Uniti giunsero a sospendere il loro contributo al bilancio regolare.¹⁵

Alle risorse del bilancio regolare, a partire dagli anni cinquanta si sono sommati i fondi fuori bilancio (Extra Budgetary Funds, EBF) provenienti da contributi volontari di alcuni Stati membri, nonché da finanziamenti di altre organizzazioni internazionali, di enti pubblici nazionali e del settore privato, profit e non profit. Negli anni settanta i fondi fuori bilancio costituivano il 20 per cento del totale della spesa dell’OMS, provenendo per più della metà da altre organizzazioni dell’ONU. A partire dal richiamato congelamento dei contributi obbligatori, la proporzione dei fondi fuori bilancio sul totale del bilancio dell’OMS è cresciuta progressivamente fino a rappresentare nel 2010 circa l’80 per cento del bilancio totale.¹⁶ Di quello, il 53 per cento dei fondi fuori bilancio proveniva dai contributi volontari degli Stati membri e il 21 per cento da contributi dell’ONU e di altre organizzazioni intergovernative. Il restante 26 per cento era costituito da fondi privati: 18 per cento Fondazioni, 7 per cento Organizzazioni non governative (ONG) e altre istituzioni, 1 per cento società commerciali. Con 446 milioni di dollari, la Bill and Melinda Gates Foundation era il secondo donatore dopo gli USA.¹⁷ Questi fondi aggiuntivi sono in genere “finalizzati”, ovvero assegnati dal donatore a specifiche iniziative o aree di attività, e sono negoziati con l’OMS al di fuori dei processi decisionali istituzionali, condizionando fortemente l’autonomia decisionale. Essi pongono, in alcuni casi, non trascurabili questioni di conflitto di interesse. Così, le priorità dell’OMS non dipendono più dai bisogni sanitari della maggior parte dei Paesi beneficiari dell’assistenza, ma dalla de-

^j Con “crescita reale zero” il bilancio rimane immutato negli anni fatta salva la possibilità di aggiustamenti in base all’inflazione.

^k La “crescita nominale zero” non ammette nemmeno l’aggiustamento del bilancio in base all’inflazione; quindi il potere di acquisto delle disponibilità in bilancio - di ammontare invariato sulla carta - diminuisce progressivamente con gli anni.

^l L’ammontare del contributo della Bill and Melinda Gates Foundation è pressoché pari a quello volontario degli Stati Uniti d’America (474 milioni di dollari).

stinazione dei fondi fuori bilancio indicata dai donatori, che ne condizionano così pesantemente il funzionamento.¹⁸

Strumenti normativi

Benché scarsamente usato, il potere normativo dell'OMS è senz'altro uno dei più vasti tra le agenzie specializzate dell'ONU. Qui si elencano solo gli strumenti normativi di cui l'OMS dispone, rimandando ad altri capitoli la descrizione di alcune loro importanti applicazioni nel corso degli anni. L'AMS ha il potere di adottare Convenzioni o Accordi in materia sanitaria. La Convenzione entra in vigore in ciascuno Stato dopo la ratifica ed è in quel senso vincolante. Unico esempio nella storia dell'OMS è la Convenzione quadro sul controllo del tabacco. L'AMS ha il potere di adottare Regolamenti in campi tassativamente indicati dall'articolo 21 della Costituzione.^m I Regolamenti possono essere adottati a maggioranza semplice ed entrano in vigore per tutti gli Stati membri a seguito di notificazione da parte dell'AMS stessa, salvo il caso in cui uno Stato membro comunichi il proprio rifiuto di accettazione o la propria volontà di apporre delle riserve. Unico esempio di questo tipo di strumento sono i Regolamenti sanitari internazionali. Infine, l'AMS ha il potere di indirizzare raccomandazioni agli Stati membri in tutti i campi che rientrano nelle competenze dell'OMS. L'AMS adotta le raccomandazioni a maggioranza semplice. Pur non essendo vincolante, la raccomandazione è un atto giuridico dotato di forza morale e di valore politico. In pratica, fatta eccezione per gli atti su ricordati (ovvero la Convenzione Quadro sul Controllo del Tabacco e i Regolamenti Sanitari Internazionali), l'attività normativa dell'OMS si è basata fino a oggi interamente su questo tipo di risoluzioni. Anche nel caso dell'adozione di Codici, come nel caso significativo del Codice internazionale sulla commercializzazione dei sostituti del latte materno (capitolo 7), lo strumento usato è stata la raccomandazione.¹⁰

Riferimenti bibliografici

1. WHO. Constitution of the World Health Organisation. In: Basic Documents, 42nd Edition, Geneva, 1999
2. Nazioni Unite. Dichiarazione Universale dei Diritti Umani, approvata

^m 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.

- dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 10 dicembre 1948.
3. Berlinguer G. Bioetica quotidiana. Giunti, Firenze, 2000, pp. 155-71
 4. Missoni E, Pacileo G. Elementi di salute globale. Franco Angeli, Milano, 2005, pp. 69-70
 5. Lee K. The World Health Organization. Routledge, Oxon, 2009, pp. 12-24
 6. Lee K. The World Health Organization. Routledge, Oxon, 2009, pp. 25-45
 7. Horton R. WHO's mandate: a damaging reinterpretation is taking place. *Lancet* 2002;360:960-1
 8. Bollyky T. Reinventing the World Health Organization. Council on Foreign Relations, 23 Maggio 2012 www.cfr.org/global-health/reinventing-world-health-organization/p28346
 9. Missoni E. Le partnership globali pubblico-privato. In: "Osservatorio Italiano sulla Salute Globale, Rapporto 2004. Salute e Globalizzazione". Feltrinelli, Milano, 2004, pp.210-6
 10. Scudeller P. L'Organizzazione Mondiale della Sanità. Tesi di Laurea. Università degli Studi di Pavia, Facoltà di Giurisprudenza, Corso di laurea in giurisprudenza, Anno Accademico 1999/2000, p. 97
 11. WHO. The first ten years of the World Health Organization. WHO, Geneva, 1958, pp. 72-78
 12. WHO. WHO country cooperation strategies guide 2010. WHO, Geneva, 2010
 13. WHO. WHO Collaborating Centres. Factsheet. WHO, Geneva 2012
 14. World Health Organization Collaborating Centres Database & Portal (ultimo accesso agosto 2012) <http://apps.who.int/whocc/Default.aspx>
 15. Godlee F. WHO in retreat: is it loosing its influence? *BMJ* 1994;309:1491-5
 16. WHO. Sixty-Fifth World Health Assembly, Voluntary contributions by fund and by donor for the financial period 2010-1011, A65/29 Add.1, 5 April 2012
 17. WHO. Voluntary Contributions by fund and by donor for the year ended 31 December 2010. Sixty-fourth World Health Assembly. Provisional agenda item 17.1, A64/29 Add.1, 7 April 2011
 18. Stuckler D, King L, Robinson H, et al. WHO's budgetary allocations and burden of disease: a comparative analysis. *Lancet* 2008;372:1563-9