

3. Come l'OMS governa la salute globale

Adriano Cattaneo

“L'OMS è l'autorità che dirige e coordina la salute internazionale nel sistema delle Nazioni Unite. Gli esperti dell'OMS producono linee guida e standard, e aiutano i Paesi a far fronte alle questioni di salute pubblica. Inoltre, l'OMS sostiene e promuove la ricerca. Attraverso l'OMS, i governi possono affrontare assieme i problemi di salute globale e migliorare il benessere della gente.”¹ Così riassume le sue funzioni l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) nell'ultima edizione di una brochure rivolta al cittadino medio interessato. A parte l'inaccuratezza del linguaggio (si parla di salute internazionale e di salute globale come se fossero la stessa cosa, mentre si tratta di termini che hanno diversi significati),² questo paragrafo non dice molto su come l'OMS svolga le sue funzioni di direzione, coordinamento, sostegno e promozione. Qua e là nella stessa brochure, e in altri documenti illustrativi, si incontrano parole che dicono qualcosa di più. Ecco una lista degli strumenti di governo usati dall'OMS:

International Health Regulations (Regolamenti internazionali per la salute. IHR). Le IHR sono norme legali vincolanti per gli Stati membri dell'OMS. Servono a prevenire minacce acute alla salute, o a rispondervi, e a evitare che varchino i confini. Sviluppate all'inizio per il controllo delle malattie infettive (peste, colera, vaiolo, febbre gialla, eccetera), sono tuttora usate a questo scopo per pandemie vecchie (influenza) e nuove (aviaria), ma si applicano sempre più anche ad altre minacce, come quelle chimiche o nucleari. Di solito comprendono un qualche sistema di sorveglianza, di allerta e di risposta, spesso basato su task force specializzate e localizzate in punti chiave. Le ultime IHR risalgono al 2005 e sono state riunite in volume nel 2008.³

Norme e standard. Le norme sono specifiche tecniche per prodotti o sostanze che hanno a che fare con la salute. Alcune sono sviluppate dall'OMS stessa, attraverso i suoi gruppi di esperti (quelle per farmaci, emoderivati e vaccini, per esempio). Altre riguardano sostanze vitali come l'acqua potabile.⁴ Altre sono prodotte ed emanate assieme ad altre agenzie; è il caso delle norme (e degli standard) per gli alimenti industriali, compresi quelli per lattanti e bambini, prodotte da OMS, FAO (Food and Agriculture Organization) e altre istituzioni (tra que-

ste, la Commissione europea) nell'ambito del Codex Alimentarius.^a Più recentemente, l'OMS ha cominciato a pubblicare standard anche per vari tipi di procedure assistenziali. Quelli per l'assistenza alla madre e al neonato,⁵ per esempio, e quelli per la crescita dei bambini.^b Le norme (e gli standard) per prodotti e sostanze non sono vincolanti; gli Stati membri devono incorporarle, come tali o adattate, nelle leggi nazionali perché diventino effettive. Ancora meno vincolanti sono gli standard sulle procedure.

Programmi. Sono forse lo strumento più frequentemente usato dall'OMS per svolgere il suo ruolo. Ve ne sono moltissimi, da quelli per il controllo delle malattie trasmissibili (malaria, tubercolosi, eccetera) a quelli indirizzati alle malattie non trasmissibili (salute orale, malattie mentali, eccetera); da quelli che mirano ad aumentare la copertura con interventi essenziali (il programma allargato di vaccinazione, per esempio), a quelli volti a garantire l'accesso ai prodotti essenziali e il loro uso (il programma per i farmaci essenziali); da quelli che si rivolgono a gruppi di popolazione (la salute materno infantile, i disabili), a quelli che promuovono qualche attività (la ricerca e la formazione sulle malattie tropicali). Troppi, si potrebbe obiettare, e spesso scollegati tra loro; ma anche molto efficaci, a volte. Con tendenza a seguire tendenze dettate da altri, come quello per il controllo dell'AIDS, spinto nell'ultimo ventennio del XX secolo da enormi investimenti di alcuni governi e fondazioni fino al punto da oscurare tutti gli altri programmi, o come quello, ancora in gestazione ma in prospettiva enorme, per il controllo delle più importanti malattie non trasmissibili (obesità, diabete, malattie cardio- e cerebrovascolari, cancro, malattie respiratorie croniche), spinto dalle multinazionali dei farmaci e degli alimenti, oltre che da molti governi.

Campagne e iniziative. Alcuni programmi hanno assunto l'aspetto della campagna o dell'iniziativa. Con grande successo in qualche caso (l'eradicazione del vaiolo); con la sconfitta e l'abbandono in altri casi (il tentativo di eradicare la malaria); oppure con risultati ancora incerti (l'iniziativa mirante a eradicare la poliomielite). Rispetto ai programmi, le campagne e le iniziative hanno obiettivi molto più specifici, dovrebbero avere tempi di attuazione molto più brevi, e contano in generale su investimenti ad hoc, a volte inseriti nel budget dell'OMS, a volte separati e provenienti da organismi che dedicano parte dei loro fondi

^a www.codexalimentarius.org/

^b www.who.int/childgrowth/standards/en/

a questa attività (per esempio il Rotary Club per l'iniziativa contro la poliomielite). Le campagne e le iniziative sono proposte da gruppi di esperti, ma devono essere approvate dall'Assemblea mondiale della salute (AMS) per diventare operative.

Codici. Sono solo due gli esempi di codice: il Codice internazionale sulla commercializzazione dei sostituti del latte materno, del 1981,⁶ e il Codice globale di procedura per il reclutamento internazionale del personale sanitario, del 2010.⁷ Si tratta di raccomandazioni, basate su un forte imperativo etico, che tentano di dare risposta a comportamenti considerati non etici. Da parte dell'industria, nel caso del latte artificiale e di altri prodotti per l'alimentazione dei lattanti; da parte di istituzioni sanitarie pubbliche e private, nel caso del cosiddetto drenaggio di cervelli, che depauperava Paesi già carenti di operatori sanitari di quei pochi che sono stati formati con investimenti enormi, in relazione alle risorse economiche disponibili. Come tutte le raccomandazioni, soprattutto se di carattere morale, non sono vincolanti per coloro cui si rivolgono: governi, industria, istituzioni, singoli operatori, pediatri. La maggioranza dei quali antepone i propri interessi a qualsiasi considerazione di carattere etico.

Quadri normativi e trattati. L'unico esempio di questo tipo di strumento è la cosiddetta Framework Convention on Tobacco Control (FCTC), il trattato per il controllo del tabacco.⁸ Si tratta di una risposta, tardiva (la FCTC è del 2003; è del 1957 il rapporto del Ministro della salute USA che afferma come vi sia una relazione di causa effetto tra il fumo e il cancro del polmone) al diffondersi dell'epidemia, tra l'altro in calo in molti Paesi ad alto reddito. Risposta interessante perché non si occupa solo di salute e relativa ricerca, ma anche di leggi, economia, investimenti, lavoro, commercio, contrabbando, confezioni, contraffazioni, prezzi, tasse, educazione, mezzi di comunicazione, marketing, sponsorizzazioni e altri fattori che con la salute hanno apparentemente poco a che fare. Il trattato è stato firmato dalla grande maggioranza degli Stati membri, compresi quelli dell'Unione europea (UE), che si sono così impegnati a ratificarlo, approvarlo e metterlo in pratica. L'OMS ha altre convenzioni (quella sui disabili, per esempio) e quadri normativi (quello sul rafforzamento delle capacità di ricerca nei Paesi a basso reddito, per esempio), ma nessuno di questi ha la forza di un trattato come la FCTC.

Strategie globali. Se ne contano ormai molte. La più conosciuta è forse la Strategia globale sull'alimentazione dei lattanti e dei bambini, ap-

provata dall'AMS nel 2002, che tra le altre cose ha ufficializzato la raccomandazione di prolungare l'allattamento al seno esclusivo fino a 6 mesi, come misura di salute pubblica.⁹ Molti governi, compreso il Ministero della salute italiano,¹⁰ hanno recepito in tutto o in parte le raccomandazioni di questa strategia globale; molti altri no, e alcuni non l'hanno mai presa in considerazione. Altre strategie globali riguardano dieta, attività fisica e salute,¹¹ la salute riproduttiva,¹² la salute delle donne e dei bambini,¹³ la riduzione dei danni causati dall'alcol,¹⁴ e altri problemi di salute. Tutte condividono il fatto di essere raccomandazioni, in generale con una forza inferiore rispetto a quella di codici e trattati, per non parlare di IRH.

Commissioni. Le più note sono quelle su macroeconomia e salute, istituita nel 2000 dall'allora DG Gro Harlem Brundtland,¹⁵ e quella sui determinanti sociali di salute,¹⁶ istituita nel 2005 da Jong-Wook Lee, DG che non fece in tempo ad assistere alla conclusione dei lavori perché morì improvvisamente il 22 maggio 2006. I rapporti conclusivi di queste commissioni, e i rapporti tecnici che li accompagnano, sono documenti interessantissimi, discussi e criticati dopo la loro pubblicazione da destra e da sinistra. In entrambi i casi vi sono stati tentativi di applicare le raccomandazioni delle due commissioni, coordinate da due personaggi famosi come l'economista Jeffrey Sachs e l'epidemiologo Michael Marmot, a livello globale, regionale (nelle regioni europee, americane, asiatiche e africane dell'OMS) e nazionale (dall'India al Brasile alla Gran Bretagna). Ma non si può dire che vi sia stato un effetto verificabile sulle politiche di salute. E poco a poco, soprattutto per quanto riguarda il più datato tra i due rapporti, i riflettori si sono spenti e le raccomandazioni sono diventate storia.

Gruppi di lavoro. Stanno dietro ai rapporti delle commissioni, all'elaborazione delle strategie globali, allo sviluppo dei programmi, alla predisposizione dei piani d'azione. Dal punto di vista della governance della salute globale sono quindi in stretta relazione con lo strumento al quale sono collegati. A volte però sono istituiti per affrontare un problema specifico e offrire soluzioni. È questo il caso del Gruppo di lavoro intergovernativo sulla salute pubblica, l'innovazione e la proprietà intellettuale, che tanto ha fatto e fa discutere per il modo "innovativo" (capitolo 5) con il quale sta affrontando le relazioni tra "salute pubblica" e "proprietà intellettuale".

Partenariati, alleanze, reti, fondi. La moltiplicazione degli attori nel campo della salute globale, ma soprattutto l'ingresso di attori istituzio-

nalmente e/o economicamente più forti dell'OMS, che nel frattempo si indeboliva in termini sia assoluti sia relativi, è alla radice della costruzione di questi organismi che ormai, quasi per default, includono attori sia pubblici sia privati. Elencarli tutti è impresa difficile. Quelli più noti si occupano di vaccinazioni, di controllo di malattie (AIDS, tubercolosi e malaria, per esempio), di gruppi di popolazione (madri, neonati e bambini, per esempio), ma anche di statistiche globali. A volte cercano di mettere in pratica quanto l'OMS raccomanda coi suoi programmi e le sue strategie. Altre volte deviano da queste e da quelli per inseguire altri interessi di altri attori, più o meno coerenti con gli interessi dell'OMS. A volte diventano addirittura concorrenti dell'OMS, costringendo quest'ultima ad adeguarsi per non restare isolata; come quando pubblicano statistiche globali diverse da quelle che l'OMS pubblica periodicamente nei suoi rapporti sulla salute globale. Non è chiaro se l'emergere di sempre nuovi partenariati, alleanze, reti e fondi sia un bene o un male per la salute globale. Certo ha reso la sua governance molto più complessa.

Conferenze. Quando ci sono molti attori e ognuno tira dalla sua parte, viene organizzata una conferenza per cercare un accordo. Anzi, l'accordo viene fatto prima, in maniera trasparente o dietro le quinte, e la conferenza ha il solo scopo di ratificarlo e di renderlo pubblico. La più famosa conferenza organizzata dall'OMS è quella che si svolse nel 1978 ad Alma Ata, nell'ex Unione Sovietica. Vi si ratificò l'accordo sulla Primary Health Care e sulla Salute per tutti nel 2000;¹⁷ chi fosse interessato ad approfondire i retroscena li può trovare in due articoli relativamente recenti.^{18,19} Altre conferenze hanno riunito e riuniscono vari attori per elaborare principi condivisi per la promozione della salute,²⁰ per verificare i progressi della FCTC,^c per decidere che fare dei determinanti sociali di salute (Rio de Janeiro, 19-21 ottobre 2011), o per dare forma all'agenda internazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili (New York, 19-20 Settembre 2011). La conferenza di Alma Ata, per quanto di rilevanza storica, non ha (ancora?) contribuito a migliorare la governance della salute globale da parte dell'OMS. Ci riusciranno altre conferenze?

IRH, norme, standard e conferenze sono strumenti citati nella Costituzione dell'OMS approvata nel 1946 ed entrata in vigore nel 1948.^d La Costituzione menziona anche accordi e convenzioni,

^c www.who.int/fctc/cop/en/

^d <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>

assimilabili forse, nel linguaggio attuale, ai quadri normativi e ai trattati. Tutte le altre parole sono delle new entries. Nei capitoli che seguono si cercherà di capire meglio, attraverso alcuni esempi, cosa significhino queste parole, cosa c'entrino con la governance della salute globale, quali siano i rispettivi vantaggi, svantaggi e criticità.

Riferimenti bibliografici

1. WHO. Working for health: an introduction to the World Health Organization. WHO, Geneva, 2007 www.who.int/about/brochure_en.pdf
2. Koplan JP, Bond TC, Merson MH, et al., for the Consortium of Universities for Global Health Executive Board. Towards a common definition of global health. Lancet 2009;373:1993-5 www.naturopathicstudent.org/sites/default/files/file/Global%20Health/Global%20Health%20-%20Towards%20a%20Common%20Definitition.pdf
3. WHO. International health regulations. WHO, Geneva, 2008 http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241580410_eng.pdf
4. WHO. Guidelines for drinking water quality. WHO, Geneva, 2008 www.who.int/water_sanitation_health/dwq/fulltext.pdf
5. WHO. Standards for maternal and neonatal care. WHO, Geneva, 2007 <http://whqlibdoc.who.int/hq/2007/a91272.pdf>
6. Thirty-fourth World Health Assembly. International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes. Resolution WHA 34.22, Geneva, 21 May 1981 www.who.int/nutrition/publications/code_english.pdf
7. Sixty-third World Health Assembly. WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. Resolution WHA 63.16, Geneva, 21 May 2010 www.who.int/hrh/migration/code/code_en.pdf
8. WHO. WHO Framework Convention on Tobacco Control. WHO, Geneva, 2003 <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241591013.pdf>
9. WHO, Unicef. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. WHO, Geneva, 2003 <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241562218.pdf>
10. Ministero della Salute. Linee di indirizzo nazionali sulla protezione, la promozione ed il sostegno dell'allattamento al seno. Gazzetta Ufficiale N. 32 del 7 Febbraio 2008
11. World Health Organization. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. World Health Organization, Geneva, 2004 www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf
12. WHO. Reproductive health strategy. WHO, Geneva, 2004 http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_RHR_04.8.pdf
13. World Health Organization. Global Strategy for Women's and Children's Health. World Health Organization, Geneva, 2010 www.who.int/pmnch/topics/maternal/201009_globalstrategy_wch/en/index.html
14. WHO. Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. WHO, Geneva, 2010 www.who.int/substance_abuse/alcstratenglishfinal.pdf

15. World Health Organization. Macroeconomics and health: investing in health for economic development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health. WHO, Geneva, 2001 <http://whqlibdoc.who.int/publications/2001/924154550x.pdf>
16. World Health Organization. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. World Health Organization, Geneva, 2008 http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf
17. WHO, Unicef. Declaration of Alma Ata. WHO, Geneva, 1978 www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf
18. Litsios S. The long and difficult road to Alma-Ata: a personal reflection. *Int J Health Services* 2002;32:709-32
19. Cueto M. The origins of Primary Health Care and selective Primary Health Care. *Am J Public Health* 2004;94:1864-74
20. The Ottawa Charter for Health Promotion (1986) www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index.html