

CAMERA DEI DEPUTATI N. 2796

DISEGNO DI LEGGE

PRESENTATO DAL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

(RENZI)

E DAL MINISTRO DEGLI AFFARI ESTERI E DELLA COOPERAZIONE INTERNAZIONALE

(GENTILONI SILVERI)

DI CONCERTO CON IL MINISTRO DELL'INTERNO

(ALFANO)

CON IL MINISTRO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

(PADOAN)

E CON IL MINISTRO DELLA SALUTE

(LORENZIN)

Ratifica ed esecuzione dell'Accordo tra il Governo italiano e l'Organizzazione mondiale della sanità – Ufficio regionale per l'Europa – concernente l'Ufficio europeo OMS per gli investimenti in salute e per lo sviluppo, con Emendamento e con Allegati, fatto a Roma il 23 novembre 2012

Presentato il 23 dicembre 2014

ONOREVOLI DEPUTATI! — L'Accordo istitutivo dell'Ufficio europeo dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) per gli investimenti in salute e per lo sviluppo (Ufficio OMS di Venezia) è stato firmato dal Governo italiano, cofirmataria la re-

gione Veneto, e dall'OMS – Ufficio regionale per l'Europa (OMS/EURO), a Roma, l'11 gennaio 2001.

La ratifica dell'Accordo è stata autorizzata dal Parlamento con la legge 15 gennaio 2003, n. 12. L'Accordo è entrato

in vigore il 1° giugno 2003 a seguito di uno scambio di note verbali tra l'ambasciata d'Italia in Danimarca (25 aprile 2003) e l'OMS/EURO (2 maggio 2003), con validità per un periodo di dieci anni, terminando pertanto il 31 maggio 2013.

L'Accordo con l'OMS/EURO, del 23 novembre 2012, per il quale si chiede di autorizzare la ratifica con il presente disegno di legge, è pertanto volto a rinnovare l'Accordo del 2001.

Il Governo italiano, alla luce dell'attuale contesto economico generale, ha peraltro richiesto di rivalutare l'impegno economico del Ministero della salute per il finanziamento dell'Ufficio OMS di Venezia tramite una riduzione dell'erogazione del 10 per cento del contributo annuo, da euro 600.000 a euro 540.000. A seguito di tale richiesta, in data 4 febbraio 2014 è stato sottoscritto tra il Governo italiano, l'OMS/EURO e la regione Veneto un emendamento all'Accordo del 23 novembre 2012 che ne modifica l'articolo 4, recante « Contributo del Ministero della salute della Repubblica italiana e della Regione Veneto ».

Durante la 62^a sessione del Comitato regionale europeo dell'OMS, tenutasi a Malta dal 10 al 13 settembre 2012, i 53 Stati membri della Regione europea dell'OMS hanno adottato la nuova politica europea per la salute e il benessere, denominata « Salute 2020 », con la risoluzione EUR/RC62/R4.

Il documento « Salute 2020 » fornisce una piattaforma europea per rafforzare e sistematizzare le conoscenze in materia di salute e dei suoi fattori determinanti. Attraverso il quadro di riferimento del documento « Salute 2020 », l'OMS fornisce assistenza tecnica e supporto ai responsabili politici nella formulazione e nell'attuazione di politiche e azioni sostenibili, nell'ottimizzazione dei meccanismi di *governance* e degli interventi che ne derivano. L'OMS sostiene in particolar modo i Paesi nel loro percorso di condivisione degli insegnamenti tratti da interventi specifici a livello nazionale e sub-nazionale, attraverso cui è raccolta e capitalizzata

una vasta gamma di esperienze in tutti i settori e in tutta Europa.

Con l'adozione del documento « Salute 2020 », le tradizionali aree di lavoro dell'Ufficio OMS di Venezia hanno assunto maggior rilievo. La missione dell'Ufficio è infatti quella di fornire supporto tecnico agli Stati nel rafforzare la capacità di agire sui fattori sociali determinanti della salute per ridurre le iniquità nello stato di salute della popolazione europea. Ora l'Ufficio OMS di Venezia diviene un elemento centrale per il raggiungimento di due obiettivi strategici della strategia delineata dal documento « Salute 2020 »:

1) migliorare la salute di tutta la popolazione nel suo insieme e nel contempo ridurre le differenze non eque ed evitabili nello stato di salute;

2) ottimizzare il sistema di gestione (*governance*) della salute.

Allo scopo di rafforzare ulteriormente la collaborazione in atto nonché di perseguire congiuntamente gli obiettivi di promozione della salute e di riduzione delle disuguaglianze nella salute tra gli Stati membri, attraverso le strategie previste nella nuova politica europea di riferimento « Salute 2020 », l'OMS/EURO e il Governo della Repubblica italiana concordano di mantenere l'Ufficio europeo OMS per gli investimenti in salute e per lo sviluppo, con sede a Venezia, Italia, per un ulteriore periodo iniziale di cinque anni a partire dal 1° giugno 2013, ulteriormente rinnovabile per un periodo di cinque anni.

Il testo dell'Accordo è costituito da 11 articoli.

All'articolo 1 viene regolamentata la struttura organizzativa dell'Ufficio OMS di Venezia, per quanto concerne la denominazione, la nomina del Capo dell'Ufficio e il personale a regime (12 unità). Viene anche previsto un *Liaison Board*, di cui sono definiti il mandato, la composizione e la nomina. Il mandato è quello di esaminare con cadenza almeno annuale: a) il profilo dell'Ufficio OMS di Venezia; b) le principali questioni di natura legale e relative all'accordo con le istituzioni ospi-

tanti; c) ogni parere scientifico nel rispetto del piano di attività dell'Ufficio di Venezia.

All'articolo 2 vengono delineate le principali aree di attività dell'Ufficio, che si possono riassumere come segue:

1) sviluppo organizzativo: l'attuazione delle previsioni del documento « Salute 2020 » richiede l'innovazione nei sistemi sanitari e nella politica sanitaria, la modernizzazione degli interventi di sanità pubblica e delle infrastrutture nonché la creazione di incentivi e competenze tecniche per la cooperazione intersettoriale. L'Ufficio OMS di Venezia fornirà attività di supporto ai Paesi che ritengano di averne bisogno nonché consulenza alle autorità governative di livello nazionale, regionale e locale per un'azione che tenga conto dei nuovi risultati della ricerca in materia di determinanti della salute e per l'attuazione dei valori, degli obiettivi e dei principi del documento « Salute 2020 », tra cui, ma non esclusivamente, l'inserimento nei rispettivi programmi e prassi di azioni per garantire l'equità in salute in tutte le politiche e di approcci che considerino l'intero ciclo vitale e coinvolgano il Governo nel suo insieme;

2) sviluppo del personale: l'attuazione delle previsioni del documento « Salute 2020 » richiede che le risorse umane operanti nel settore della salute e in diversi settori governativi siano dotate di conoscenze e competenze aggiornate. Così, nell'ambito della sua area di competenza, l'Ufficio OMS di Venezia collaborerà con gli Stati membri per l'organizzazione, l'attuazione e la sostenibilità di programmi di formazione per gli esperti operanti nel campo della salute pubblica e dello sviluppo sociale ed economico, a livello sia nazionale che sub-nazionale ed europeo;

3) studio e monitoraggio: nel periodo di tempo relativo al rinnovo in esame, l'Ufficio OMS di Venezia opererà per migliorare e aumentare le capacità dei Paesi nel raccogliere, analizzare e utilizzare i dati relativi ai fattori sociali ed economici determinanti della salute e delle relative iniquità di salute. Il risultato principale di

questa attività sarà l'aumento della capacità dei Paesi di produrre rapporti periodici nazionali e sub-nazionali sull'evoluzione delle diseguaglianze di salute e sull'individuazione delle loro cause;

4) *advocacy*: organizzazione di *forum* di alto livello sulla promozione della salute per i responsabili politici e per i pianificatori e identificazione di modalità per affrontare i fattori sociali ed economici determinanti della salute nonché le iniquità di salute;

5) supporto nell'elaborazione di politiche: qualora richiesto dai Governi e dai Parlamenti degli Stati membri o dalle loro regioni, vengono forniti strumenti operativi e pareri, studi e analisi di situazioni critiche al fine di promuovere investimenti ottimali per la salute, in linea con gli obiettivi, i valori e i principi del documento « Salute 2020 »;

6) sviluppo di partenariato: promozione di partenariati tra gli Stati membri per la condivisione delle conoscenze e per facilitare lo sviluppo di conoscenza e lo scambio di informazioni nelle aree tecniche di competenza dell'Ufficio OMS di Venezia;

7) lavoro sul campo: fornire sostegno agli Stati membri nei loro sforzi di sviluppare, sperimentare e applicare nuovi strumenti per la definizione di programmi e politiche volti a rafforzare la capacità degli individui nel sostenere la propria salute nell'arco di tutto il proprio ciclo vitale (in particolar modo in questo momento di rapidi cambiamenti sociali ed economici e di difficoltà), nonché rafforzare i sistemi sanitari nell'affrontare le sfide di vulnerabilità e disuguaglianza.

All'articolo 3 vengono regolamentate le strutture afferenti all'Ufficio OMS di Venezia per quanto concerne la sede (messa a disposizione dalla regione Veneto) e gli obblighi legati a ipotesi di trasferimento di tale sede all'interno o all'esterno della regione Veneto.

All'articolo 4 viene esplicitato il contributo del Ministero della salute della Re-

pubblica italiana e della regione Veneto. In sostanza la regione Veneto, oltre alla copertura delle spese di locazione della sede qualora sia ubicata all'interno del territorio regionale, fornirà all'OMS/EURO un contributo annuo di euro 300.000. Il Ministero della salute, in forza dell'emendamento del 4 febbraio 2014, cui si è già fatto riferimento, fornirà all'OMS/EURO un contributo annuo di euro 540.000. I contributi indicati nel comma 1 saranno utilizzati esclusivamente per coprire i costi relativi al personale impiegato nell'Ufficio OMS di Venezia e i costi di realizzazione dei programmi e delle attività operative.

All'articolo 5 viene regolamentato l'aspetto relativo al personale dell'Ufficio OMS di Venezia, ivi incluso il personale eventualmente comandato (per personale comandato ai sensi dell'articolo 5, commi 1 e 3, dell'Accordo si intende personale *seconded*, cioè personale distaccato con spese a carico dell'amministrazione di appartenenza), che sarà sottoposto alle normative e alle regolamentazioni dell'OMS sul personale, avrà lo *status* e i diritti del personale dell'OMS e sarà equiparato ai funzionari dell'OMS ai fini dell'applicazione delle immunità e dei privilegi concessi per il libero esercizio delle proprie funzioni. L'assunzione e la gestione del personale dell'Ufficio OMS di Venezia avverranno in conformità con i regolamenti, le normative e le procedure dell'OMS.

Il contingente massimo di personale che potrà essere comandato all'Ufficio OMS di Venezia nel periodo di validità dell'Accordo è parametrato alla media del personale utilizzato sotto la vigenza del precedente Accordo, per numero e qualifica (due funzionari nel periodo 2003-2013).

Viene inoltre prevista la possibilità dell'assegnazione di borsisti, collaboratori di livello professionale associati e tirocinanti nonché di scambi di personale (sia esso professionale o amministrativo) fra l'OMS/EURO e l'Ufficio OMS di Venezia (senza alcun onere aggiuntivo per il Ministero della salute e per la regione Veneto).

Ai sensi dell'articolo 8 dell'Accordo rinnovato, le immunità e i privilegi da ac-

cordare ai funzionari dell'OMS in Italia sono regolati dalla Convenzione ONU del 1948 sulle immunità e i privilegi dei funzionari delle agenzie specializzate, ratificata dall'Italia. In base all'articolo 1 dell'Annesso VII di tale Convenzione, che disciplina lo statuto per i funzionari dell'OMS, il Direttore gode delle immunità e dei privilegi riconosciuti agli agenti diplomatici. L'articolo 6 della stessa Convenzione riconosce al resto del personale dell'OMS, accreditato da parte italiana come funzionario, le immunità per gli atti compiuti nell'esercizio delle relative funzioni. Tale categoria non ha diritto ai privilegi. Per prassi si riconosce a tale personale — solo se di cittadinanza non italiana — l'esenzione dalla tassa di immatricolazione dei veicoli e sulle masserizie. Per gli impiegati locali dell'OMS, invece, non si riconoscono né immunità né privilegi.

L'Accordo include, all'articolo 5, comma 1, il personale *seconded* nell'organico dell'Ufficio OMS di Venezia. Gli enti italiani e le agenzie internazionali che possono inviare personale *seconded* presso l'OMS sono richiamati al successivo comma 3 dello stesso articolo. Per quanto riguarda il personale *seconded*, essendo questo equiparato dall'articolo 5, comma 1, dell'Accordo rinnovato al resto del personale dell'OMS, godrà pertanto, per il periodo di vigore del *secondment* presso l'Ufficio OMS di Venezia, della qualifica protocollare di funzionario. Ne consegue che anche al personale *seconded* saranno accordate le immunità per gli atti compiuti nell'esercizio delle funzioni, ma non sarà accordato alcun privilegio fiscale.

L'articolo 6 delinea il contributo dell'OMS/EURO con particolare riguardo alla gestione amministrativo-finanziaria e alla rendicontazione dei contributi percepiti in base all'Accordo in oggetto, che sarà soggetta al controllo interno ed esterno e alle norme, ai regolamenti e alle procedure finanziarie applicabili all'OMS. In base al presente articolo, l'OMS/EURO assicurerà ogni possibile sforzo per ottenere finanziamenti supplementari per le attività dell'Ufficio OMS di Venezia da fonti diverse

rispetto al Ministero della salute e alla regione Veneto, con l'obiettivo di incrementare in misura considerevole il bilancio complessivo per la totalità dei costi, compresi quelli legati ai programmi e alle attività operative (a questo riguardo un progresso è già in atto, con un impegno per euro 250.000 già ricevuto dall'OMS/EURO da parte della Repubblica di San Marino).

L'articolo 7 considera la collaborazione tra l'Ufficio OMS di Venezia e le istituzioni italiane con particolare riguardo al coinvolgimento dell'Ufficio in attività di livello sub-nazionale, nazionale e internazionale promosse dal Ministero della salute, in linea con il Piano sanitario nazionale e in conformità con le competenze dell'Ufficio stesso. Inoltre, il Ministero della salute e la regione Veneto esamineranno ogni altra possibile collaborazione fra l'Ufficio e gli organi tecnici e scientifici del Servizio sanitario nazionale e altre rilevanti istituzioni nelle rispettive aree di competenza.

All'articolo 8 vi è la previsione dei privilegi e delle immunità dell'Ufficio OMS di Venezia, per la sua gestione e le sue strutture, proprietà, finanziamenti, beni, archivi, comunicazioni e personale. Essi saranno regolati dalla Convenzione sui privilegi e le immunità delle agenzie specializzate e dal relativo Allegato VII, adottati dalla prima Assemblea mondiale della sanità dell'OMS il 17 luglio 1948, a cui l'Italia ha aderito, per quanto concerne l'OMS, il 30 agosto 1985.

L'articolo 9 approva il piano di lavoro dettagliato relativo al primo biennio di attività nell'ambito della durata dell'Ac-

cordo, nonché una previsione delle principali aree di attività per il periodo coperto dall'Accordo, che vengono allegati rispettivamente come Allegato I e Allegato II.

In base al presente Accordo e come esplicitato all'articolo 10, è prevista la valutazione del lavoro dell'Ufficio OMS di Venezia, che sarà effettuata ogni due anni sulla base di relazioni presentate all'OMS/EURO, in conformità con le procedure dell'OMS. Oltre alla relazione biennale delle attività dell'Ufficio OMS di Venezia, verranno redatte relazioni annuali sui progressi compiuti in conformità alle linee guida dell'OMS/EURO. Queste ultime saranno inoltre discusse nell'ambito delle riunioni annuali del *Liaison Board* dell'Ufficio OMS di Venezia.

Nell'articolo 11 vengono dettate le disposizioni finali, con la definizione della data di entrata in vigore (1° giugno 2013) e di attuazione dell'Accordo, subordinate a: 1) avvenuta notifica finale a opera delle Parti circa il completamento delle necessarie formalità previste dai rispettivi ordinamenti di ciascuna Parte, ivi compresa l'autorizzazione parlamentare alla ratifica; 2) adozione da parte della regione Veneto dei necessari atti amministrativi connessi con gli impegni finanziari.

Sono definite inoltre la durata, la possibilità di rinnovo e le modalità di recesso delle Parti, nonché le modalità per apportare modifiche o revisioni dell'Accordo e le modalità di risoluzione di eventuali controversie non composte amichevolmente (conciliazione e, in caso di fallimento di quest'ultima, arbitrato).

RELAZIONE TECNICA

(Articolo 17, comma 3, della legge 31 dicembre 2009,
n. 196, e successive modificazioni).

L'Accordo prevede il rinnovo dell'Accordo istitutivo dell'Ufficio europeo OMS per gli investimenti in salute e per lo sviluppo con sede a Venezia, Italia (Ufficio OMS di Venezia), per un periodo iniziale di cinque anni, ulteriormente rinnovabile per un periodo di cinque anni.

L'Accordo istitutivo dell'Ufficio OMS di Venezia è stato firmato dal Governo italiano, co-firmataria la regione Veneto, e dall'OMS/EURO, a Roma, l'11 gennaio 2001.

La ratifica dell'Accordo è stata autorizzata dal Parlamento con la legge 15 gennaio 2003, n. 12. L'Accordo è entrato in vigore il 1° giugno 2003 a seguito di uno scambio di note verbali tra l'ambasciata d'Italia in Danimarca (25 aprile 2003) e l'OMS/EURO (2 maggio 2003) con validità per un periodo di dieci anni, terminando pertanto il 31 maggio 2013.

Durante il 2012 sono iniziate le negoziazioni per il rinnovo dell'Accordo di sede.

L'adozione da parte dei 53 Stati membri della Regione europea dell'OMS della nuova politica europea per la salute e il benessere denominata « Salute 2020 » (EUR/RC62/R4) durante la 62^a sessione del Comitato regionale europeo dell'OMS (Malta, 10-13 settembre 2012) ha confermato l'importanza di rafforzare ulteriormente la collaborazione esistente, nonché di perseguire congiuntamente gli obiettivi di promozione della salute e di riduzione delle disuguaglianze nella salute tra gli Stati membri e all'interno degli stessi, attraverso le strategie previste dal documento « Salute 2020 ».

Con l'adozione di tale documento, infatti, le tradizionali aree di lavoro dell'Ufficio OMS di Venezia hanno assunto maggior rilievo. La missione dell'Ufficio è quella di fornire supporto tecnico agli Stati nel rafforzare la capacità di agire sui fattori sociali determinanti della salute per ridurre le iniquità nello stato di salute della popolazione europea. Ora l'Ufficio OMS di Venezia diviene un elemento centrale per il raggiungimento dei due obiettivi strategici del documento:

1) migliorare la salute di tutta la popolazione nel suo insieme e, nel contempo, ridurre le differenze non eque ed evitabili nello stato di salute;

2) ottimizzare il sistema di gestione (*governance*) della salute.

In termini operativi, oltre ai programmi di informazione e di educazione alla salute, l'Ufficio OMS di Venezia svolgerà le seguenti due funzioni principali: *a*) monitoraggio, analisi e sistematizzazione della crescente quantità di risultati della ricerca sui fattori determinanti (sociali ed economici) della salute della popolazione; *b*) fornitura di servizi, assistenza tecnica e collaborazione con gli Stati membri per

aumentare la capacità (a livello sia nazionale che sub-nazionale) di agire secondo le evidenze scientifiche relative ai determinanti sociali ed economici della salute nel quadro del documento « Salute 2020 ».

L'Ufficio OMS di Venezia è parte integrante dell'OMS/EURO ed è pienamente integrato nella sua struttura organizzativa e nel suo piano di attività. La struttura organizzativa e le attività dell'Ufficio OMS di Venezia saranno svolte in conformità ai principi della Costituzione e ai regolamenti e alle politiche dell'OMS. L'OMS/EURO sarà, inoltre, responsabile di organizzare, gestire, amministrare, dirigere e guidare l'attività dell'Ufficio di Venezia.

Obblighi e oneri dell'OMS.

L'OMS/EURO terrà una contabilità separata relativa ai contributi trasferiti all'Ufficio OMS di Venezia, riguardante le somme ricevute e le spese dell'Ufficio stesso, secondo le norme, i regolamenti e le procedure dell'OMS in materia finanziaria.

La gestione amministrativo-finanziaria delle spese relative all'Ufficio OMS di Venezia è soggetta al controllo interno ed esterno e alle norme, regolamenti e procedure finanziarie applicabili all'OMS.

L'OMS/EURO assicurerà ogni possibile sforzo per ottenere finanziamenti supplementari per le attività dell'Ufficio OMS di Venezia da fonti diverse rispetto al Ministero della salute e alla regione Veneto, con l'obiettivo di incrementare in misura considerevole il bilancio complessivo per la totalità dei costi, compresi quelli legati ai programmi e alle attività operative (a questo riguardo un progresso è già in atto, con un impegno per euro 250.000 già ricevuto dall'OMS/EURO da parte della Repubblica di San Marino).

Obblighi e oneri dell'Italia.

Il Ministero della salute fornirà all'OMS/EURO un contributo annuo di euro 540.000, ai sensi dell'emendamento sottoscritto dalle Parti in data 4 febbraio 2014. I contributi saranno utilizzati esclusivamente per coprire i costi relativi al personale impiegato nell'Ufficio OMS di Venezia e i costi di realizzazione dei programmi e delle attività operative.

La regione Veneto, oltre a quanto previsto dall'articolo 3, comma 1, dell'Accordo — ossia la copertura dei costi per la sede dell'Ufficio OMS di Venezia (costi come da contratto di locazione del 24 febbraio 2012, registrato a Venezia il 28 febbraio 2012, n. 1215 - atti privati) senza alcun ulteriore costo per la regione —, fornirà all'OMS/EURO un contributo annuo di euro 300.000 anch'esso destinato esclusivamente a coprire i costi relativi al personale impiegato nell'Ufficio OMS di Venezia e i costi di realizzazione dei programmi e delle attività operative.

I fondi saranno trasferiti in euro, in due quote annuali, di cui la prima a gennaio e la seconda entro il 30 giugno dell'anno di riferimento, su un conto bancario dedicato dell'OMS.

Una previsione della suddivisione dei costi per voce è riassunta nella tabella 1 (contributi del Ministero della salute e della regione Veneto), mentre nella tabella 2 è quantificata la spesa relativa al contratto di locazione della sede (di esclusiva pertinenza della regione Veneto).

TABELLA 1.

Quota di finanziamento a carico del Ministero della salute italiano e della regione Veneto per personale e funzionamento dell'Ufficio europeo OMS per gli investimenti in salute e per lo sviluppo, Venezia.

Descrizione	Costo annuo in euro
Personale (12 unità a regime), inclusi gli oneri previdenziali, assicurativi e di assistenza medica	548.100
Spese per la realizzazione dei programmi e delle attività operative: spese di missione del personale, contratti di consulenza con esperti, organizzazione di convegni e seminari, supporto tecnico e altre spese	104.400
Costi di funzionamento: spese telefoniche, postali, utenze, manutenzione apparecchiature, canone fotocopiatrici, cancelleria, materiale di consumo e varie	78.300
Contributo per i costi generali: 13 per cento del contributo, così come previsto dalla risoluzione WHA34, 17 maggio 1981, dell'Assemblea mondiale della sanità	109.200
Totale generale	840.000

TABELLA 2.

Costi di funzionamento in natura (*in-kind*) a carico della regione Veneto per l'Ufficio europeo OMS per gli investimenti in salute e per lo sviluppo, Venezia.

Canone di locazione dell'immobile sede dell'Ufficio	80.000
---	--------

L'Accordo, come modificato dall'emendamento del 4 febbraio 2014, e conseguentemente il disegno di legge in esame, prevedono un onere annuo di euro 540.000 a carico del Ministero della salute e di euro 300.000 a carico della regione Veneto.

Per la copertura della parte relativa al Ministero della salute si provvede, per il periodo di durata del medesimo Accordo, mediante corrispondente riduzione dell'autorizzazione di spesa recata dall'articolo 1, comma 1, lettera *a*), del decreto-legge 29 marzo 2004, n. 81, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 maggio 2004, n. 138 (istituzione e funzionamento del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie).

Per la copertura della parte relativa alla regione Veneto, le obbligazioni di spesa trovano idonea copertura finanziaria nel vigente

bilancio regionale di previsione annuale e pluriennale, approvato con la legge regionale 5 aprile 2013, n. 4, secondo i termini di seguito illustrati:

1) sul capitolo di spesa UPB U0021 capitolo 5100, per un importo di euro 80.000 annui, aggiornato su richiesta annualmente nella misura del 75 per cento delle variazioni, accertate dall'Istituto nazionale di statistica (ISTAT), dell'indice dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati, pari alle spese relative alla sede dell'Ufficio europeo OMS, come stabilito dall'articolo 3 dell'Accordo;

2) sul capitolo di spesa UPB U0248 capitolo 60107, per un importo di euro 300.000 annui, pari al contributo previsto dall'articolo 4 dell'Accordo.

Il contingente massimo di personale che potrà essere comandato (per personale comandato ai sensi dell'articolo 5, commi 1 e 3, dell'Accordo si intende personale *seconded*, cioè personale distaccato con spese a carico dell'amministrazione di appartenenza) all'Ufficio OMS di Venezia nel periodo di validità dell'Accordo è parametrato alla media del personale utilizzato sotto la vigenza del precedente Accordo, per numero e qualifica, e sarà pari a due unità.

Viene inoltre prevista la possibilità dell'assegnazione di borsisti, collaboratori di livello professionale associati e tirocinanti nonché di scambi di personale (sia esso professionale o amministrativo) fra l'OMS/EURO e l'Ufficio OMS di Venezia (senza alcun onere aggiuntivo per il Ministero della salute e per la regione Veneto).

Ai sensi dell'articolo 8 dell'Accordo rinnovato, le immunità e i privilegi da accordare ai funzionari dell'OMS in Italia sono regolati dalla Convenzione ONU del 1948 sulle immunità e i privilegi dei funzionari delle agenzie specializzate, ratificata dall'Italia. In base all'articolo 1 dell'Annesso VII di tale Convenzione, che disciplina lo statuto per i funzionari dell'OMS, il Direttore gode delle immunità e dei privilegi riconosciuti agli agenti diplomatici. L'articolo 6 della stessa Convenzione riconosce al resto del personale dell'OMS, accreditato da parte italiana come funzionario, le immunità per gli atti compiuti nell'esercizio delle relative funzioni. Tale categoria non ha diritto ai privilegi. Per prassi si riconosce a tale personale — solo se di cittadinanza non italiana — l'esenzione dalla tassa di immatricolazione dei veicoli e sulle masserizie. Per gli impiegati locali dell'OMS, invece, non si riconoscono né immunità né privilegi.

L'Accordo include, all'articolo 5, comma 1, il personale *seconded* nell'organico dell'Ufficio OMS di Venezia. Gli enti italiani e le agenzie internazionali che possono inviare personale *seconded* presso l'OMS sono richiamati al successivo comma 3 dello stesso articolo. Per quanto riguarda il personale *seconded*, essendo questo equiparato dall'articolo 5, comma 1, dell'Accordo rinnovato al resto del personale dell'OMS, godrà pertanto, per il periodo di vigore del *secondment* presso l'Ufficio OMS di Venezia, della qualifica protocollare di funzionario. Ne consegue che anche al personale *seconded* saranno accordate le immunità per gli atti compiuti nell'esercizio delle funzioni, ma non sarà accordato alcun privilegio fiscale.

ANALISI TECNICO-NORMATIVA

PARTE I — ASPETTI TECNICO-NORMATIVI DI DIRITTO INTERNO.

1) Obiettivi e necessità dell'intervento normativo. Coerenza con il programma di Governo.

Il presente intervento normativo soddisfa l'esigenza di rafforzare ulteriormente l'esistente collaborazione tra il Governo italiano e l'OMS, nonché di perseguire congiuntamente gli obiettivi di promozione della salute e di riduzione delle disuguaglianze nella salute tra gli Stati membri della Regione europea dell'OMS, attraverso le strategie previste nella nuova politica europea di riferimento « Salute 2020 ».

L'autorizzazione parlamentare alla ratifica e la conseguente pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale* sono necessarie trattandosi di un Accordo internazionale comportante oneri di spesa per il bilancio dello Stato e l'attribuzione all'Ufficio OMS di Venezia dello stato giuridico, dei privilegi e delle immunità delle agenzie specializzate delle Nazioni Unite; la legge di ratifica rinnova quanto già stabilito dalla legge del 15 gennaio 2003, n. 12, in base alla quale è stato ratificato l'Accordo precedentemente contratto con la stessa Organizzazione per la medesima struttura.

2) Analisi del quadro normativo nazionale.

Il quadro normativo nazionale di riferimento è identificato nel decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 4 marzo 1947, n. 1068, relativo all'adesione dell'Italia allo statuto dell'OMS (l'Italia è stata membro dell'OMS dal 4 aprile 1947) e dalla legge di ratifica del precedente Accordo (legge 14 gennaio 2003, n. 12).

3) Incidenza delle norme proposte sulle leggi e sui regolamenti vigenti.

Non si ravvisa alcun impatto diretto su leggi e regolamenti vigenti.

4) Analisi della compatibilità dell'intervento con i principi costituzionali.

Non risultano elementi di incompatibilità con i principi costituzionali.

5) Analisi della compatibilità dell'intervento con le competenze e le funzioni delle regioni ordinarie e a statuto speciale nonché degli enti locali.

Trattandosi di un organismo internazionale, agenzia specializzata delle Nazioni Unite per la sanità, l'attività dell'Ufficio OMS di Venezia non interferisce in alcun modo né con le competenze delle regioni né

con quelle nazionali, né influenza l'applicazione delle normative dell'Unione europea.

Tuttavia le attività dell'Ufficio, come già avvenuto in passato in più occasioni, forniscono elementi utili alla valutazione delle politiche di promozione della salute e di riduzione delle iniquità socio-economiche nello stato di salute in Italia, a livello sia nazionale che regionale.

- 6) *Verifica della compatibilità con i principi di sussidiarietà, differenziazione e adeguatezza sanciti dall'articolo 118, primo comma, della Costituzione.*

Non emergono profili di incompatibilità.

- 7) *Verifica dell'assenza di rilegificazioni e della piena utilizzazione delle possibilità di delegificazione e degli strumenti di semplificazione normativa.*

Trattandosi di ratifica di un trattato internazionale non risulta possibile la previsione di strumenti di delegificazione né di semplificazione normativa.

- 8) *Verifica dell'esistenza di progetti di legge vertenti su materia analoga all'esame del Parlamento e relativo stato dell'iter.*

Non risultano progetti di legge sulla materia all'esame del Parlamento.

- 9) *Indicazione delle linee prevalenti della giurisprudenza, ovvero della pendenza di giudizi di costituzionalità sul medesimo o analogo oggetto.*

Non risultano giudizi pendenti di costituzionalità sul medesimo o analogo oggetto.

PARTE II — CONTESTO NORMATIVO DELL'UNIONE EUROPEA E INTERNAZIONALE.

- 10) *Analisi della compatibilità dell'intervento con l'ordinamento dell'Unione europea.*

Le disposizioni dell'Accordo non presentano profili di incompatibilità con l'ordinamento dell'Unione europea e si allineano a quanto già previsto nell'ambito di analoghi accordi internazionali in materia.

- 11) *Verifica dell'esistenza di procedure d'infrazione da parte della Commissione europea sul medesimo o analogo oggetto.*

Non sussistono procedure d'infrazione su questioni attinenti all'intervento.

- 12) *Analisi della compatibilità dell'intervento con gli obblighi internazionali.*

Le disposizioni dell'Accordo non presentano profili di incompatibilità con gli obblighi internazionali e si allineano con quanto già previsto nell'ambito di analoghi accordi internazionali in materia.

- 13) *Indicazione delle linee prevalenti della giurisprudenza ovvero della pendenza di giudizi innanzi alla Corte di giustizia dell'Unione europea sul medesimo o analogo oggetto.*

Allo stato attuale non si ha notizia di giudizi pendenti presso la Corte di giustizia dell'Unione europea relativamente ad analogo oggetto.

- 14) *Indicazione delle linee prevalenti della giurisprudenza ovvero della pendenza di giudizi innanzi alla Corte europea dei diritti dell'uomo sul medesimo o analogo oggetto.*

Non si hanno notizie in merito a indirizzi giurisprudenziali o alla pendenza di giudizi innanzi alla Corte europea dei diritti dell'uomo.

- 15) *Eventuali indicazioni sulle linee prevalenti della regolamentazione sul medesimo oggetto da parte di altri Stati membri dell'Unione europea.*

Altri Stati membri dell'Unione europea hanno già ratificato accordi analoghi con l'OMS.

PARTE III — ELEMENTI DI QUALITÀ SISTEMATICA E REDAZIONALE DEL TESTO.

- 1) *Individuazione delle nuove definizioni normative introdotte dal testo, della loro necessità, della coerenza con quelle già in uso.*

Non si introducono nuove definizioni normative.

- 2) *Verifica della correttezza dei riferimenti normativi contenuti nel progetto, con particolare riguardo alle successive modificazioni e integrazioni subite dai medesimi.*

La verifica è stata effettuata con esito positivo.

- 3) *Ricorso alla tecnica della novella legislativa per introdurre modificazioni e integrazioni a disposizioni vigenti.*

Trattandosi di disegno di legge di ratifica di accordo internazionale non è stata adottata la tecnica della novella.

- 4) *Individuazione di effetti abrogativi impliciti di disposizioni dell'atto normativo e loro traduzione in norme abrogative espresse nel testo normativo.*

Con l'entrata in vigore del presente atto normativo non sarà più vigente, nelle relazioni bilaterali con l'OMS, l'Accordo firmato l'11 gennaio 2001 a Roma tra il Governo italiano e l'OMS/EURO per l'istituzione dell'Ufficio OMS di Venezia

- 5) *Individuazione di disposizioni dell'atto normativo aventi effetti retroattivi o di reviviscenza di norme precedentemente abrogate o di interpretazione autentica o derogatorie rispetto alla normativa vigente.*

Il provvedimento legislativo non contiene norme aventi la suddetta natura.

- 6) *Verifica della presenza di deleghe aperte sul medesimo oggetto, anche a carattere integrativo o correttivo.*

Trattandosi di disegno di legge di ratifica di accordo internazionale non vi sono deleghe aperte.

- 7) *Indicazione degli eventuali atti successivi attuativi; verifica della congruità dei termini previsti per la loro adozione.*

L'esecuzione dell'Accordo non richiede l'adozione di atti normativi e non presenta specificità che possano incidere sul quadro normativo vigente. La costituzione di un *Liaison Board* preposto a esaminare regolarmente (con cadenza almeno annuale) il profilo corrente dell'Ufficio OMS di Venezia (raccogliendo al contempo le opinioni delle istituzioni ospitanti in merito a eventuali cambiamenti intervenuti nelle loro priorità) e le principali questioni di natura legale e relative all'Accordo con le istituzioni ospitanti, nonché ogni parere scientifico nel rispetto del piano di attività dell'Ufficio, consente da una parte di applicare soddisfacentemente l'Accordo e dall'altra di sorvegliarne gli sviluppi anche dal punto di vista finanziario e normativo.

- 8) *Verifica della piena utilizzazione e dell'aggiornamento di dati e riferimenti statistici attinenti alla materia oggetto del provvedimento, ovvero indicazione della necessità di commissionare all'Istituto nazionale di statistica apposite elaborazioni statistiche.*

Per la predisposizione dell'atto normativo sono stati utilizzati i dati statistici già in possesso del Governo.

ANALISI DELL'IMPATTO DELLA REGOLAMENTAZIONE (AIR)

SEZIONE 1 — CONTESTO E OBIETTIVI DELL'INTERVENTO

A) Rappresentazione del problema da risolvere e criticità constatate, anche con riferimento al contesto internazionale ed europeo, nonché delle esigenze sociali ed economiche considerate.

Con l'intervento proposto viene regolamentato il rapporto di collaborazione tra il Governo italiano e l'OMS/EURO per il funzionamento della struttura organizzativa dell'Ufficio OMS di Venezia. Il problema da risolvere è rappresentato dalla carenza di risorse tecniche dell'Ufficio OMS di Venezia; il rinnovo del mandato dello stesso Ufficio garantisce una disponibilità sufficiente per agire sui fattori determinanti sociali e ridurre le iniquità di salute, sostenendo in tal modo la solidarietà come volano all'interno delle regioni europee. Infatti, molti dei 53 Stati membri dell'OMS devono far fronte a nuove forme di povertà, con i conseguenti rischi per la salute che ne derivano, e a crescenti differenze nello stato di salute a livello locale, regionale e nazionale.

Il Governo italiano, alla luce dell'attuale contesto economico generale, ha ottenuto di riconsiderare l'impegno economico del Ministero della salute per il finanziamento dell'Ufficio OMS di Venezia tramite una riduzione dell'erogazione del 10 per cento del contributo annuo, da euro 600.000 a euro 540.000.

Allo scopo di rafforzare ulteriormente la collaborazione in atto, nonché di perseguire congiuntamente gli obiettivi di promozione della salute e di riduzione delle disuguaglianze nella salute tra gli Stati membri, attraverso le strategie previste nella nuova politica europea di riferimento « Salute 2020 », l'OMS/EURO e il Governo della Repubblica italiana concordano di mantenere l'Ufficio europeo OMS per gli investimenti in salute e per lo sviluppo, con sede a Venezia, Italia, per un ulteriore periodo iniziale di cinque anni a partire dal 1° giugno 2013, ulteriormente rinnovabile per un periodo di cinque anni.

B) Indicazione degli obiettivi (di breve, medio o lungo periodo) perseguiti con l'intervento normativo.

L'obiettivo perseguito è quello di realizzare il potenziamento delle capacità istituzionali dell'OMS/EURO e dell'Ufficio OMS di Venezia al fine di operare sia sui fattori sociali ed economici determinanti della salute sia su fattori diretti a ridurre l'iniquità. L'obiettivo generale è identificato nell'attuazione di quanto previsto dalla politica europea per la salute e il benessere denominata « Salute 2020 » (risoluzione EUR/RC62/R4) adottata dai 53 Stati membri della Regione europea dell'OMS durante la 62^a sessione del Comitato regionale europeo

dell'OMS (Malta, 10-13 settembre 2012) nella quale si riconosce che i Governi possono ottenere effettivi miglioramenti della salute se operano in maniera trasversale ai settori governativi per realizzare due obiettivi strategici interconnessi:

- 1) migliorare la salute per tutti e ridurre le diseguaglianze nella salute;
- 2) migliorare la *leadership* e la *governance* partecipativa per la salute.

La politica di riferimento delineata dal documento « Salute 2020 » si basa su quattro aree primarie per l'azione politica:

- 1) investire in salute attraverso un approccio mirato all'intero corso dell'esistenza e mirare all'*empowerment* delle persone;
- 2) affrontare le principali sfide sanitarie della Regione europea nel campo delle malattie trasmissibili e non trasmissibili;
- 3) rafforzare sistemi sanitari centrati sulla persona e potenziare le capacità di sanità pubblica nonché la preparazione, la sorveglianza e la risposta alle emergenze;
- 4) creare comunità in grado di rispondere alle sfide e ambienti favorevoli alla salute.

Con l'adozione del documento « Salute 2020 », le tradizionali aree di lavoro dell'Ufficio OMS di Venezia assumono maggiore rilievo, dato che la sua *mission* è quella di fornire supporto tecnico agli Stati nel rafforzare la capacità di agire sui fattori sociali determinanti della salute per ridurre le iniquità nello stato di salute della popolazione europea.

In termini operativi, oltre ai programmi di informazione e di educazione in materia di salute, l'Ufficio OMS di Venezia svolgerà le seguenti due funzioni principali:

- a) monitoraggio, analisi e sistematizzazione della crescente quantità di nuovi risultati della ricerca sui fattori determinanti (sociali ed economici) della salute della popolazione;
- b) fornitura di servizi, assistenza tecnica e collaborazione con gli Stati membri per aumentare la loro capacità (sia a livello nazionale che sub-nazionale) di agire secondo le evidenze scientifiche relative ai determinanti sociali ed economici della salute nel quadro delle previsioni del documento « Salute 2020 ».

C) *Descrizione degli indicatori che consentiranno di verificare il grado di raggiungimento degli obiettivi indicati e di monitorare l'attuazione dell'intervento nell'ambito della valutazione di impatto della regolamentazione (VIR).*

Il raggiungimento degli obiettivi sarà verificato attraverso le analisi delle relazioni biennali che l'Ufficio OMS di Venezia presenterà all'OMS/EURO in conformità alle procedure dell'OMS. Tra gli indicatori che consentiranno la verifica del raggiungimento degli obiettivi si possono segnalare:

- 1) il numero delle pubblicazioni scientifiche;
- 2) il numero dei rapporti inerenti alla *mission* dell'Ufficio.

D) Indicazione delle categorie dei soggetti, pubblici e privati, destinatari dei principali effetti dell'intervento regolatorio.

Destinatari degli effetti dell'intervento sono l'OMS/EURO, il Ministero della salute e la regione Veneto.

SEZIONE 2 — PROCEDURE DI CONSULTAZIONE PRECEDENTI L'INTERVENTO.

La negoziazione è avvenuta coinvolgendo, per la parte italiana, il Ministero degli affari esteri, il Ministero della salute e la regione Veneto e, per la parte OMS, l'Ufficio per la Regione europea di Copenhagen.

In particolare, nell'approssimarsi della scadenza dell'Accordo *de quo*, a partire dal 2012 sono state avviate consultazioni tra tutti i contraenti. Nello specifico, il Ministero della salute ha preliminarmente incontrato la regione Veneto per stabilire l'entità dell'impegno sostenibile sul piano finanziario e di ulteriori obbligazioni, nonché per la definizione dei contenuti tecnico-scientifici dell'Accordo.

In due successive fasi negoziali con l'OMS si è pervenuti a una rideterminazione in riduzione dell'impegno finanziario delle due Parti italiane.

Durante le fasi negoziali ci sono stati anche incontri tra il Ministro *pro tempore* e il Direttore regionale dell'OMS.

Ai fini della predisposizione dell'atto normativo in esame sono state anche tenute riunioni tecniche tra i Ministeri degli affari esteri, dell'economia e delle finanze e della salute e la regione Veneto al fine di definire i dettagli dell'intervento normativo.

SEZIONE 3 — VALUTAZIONE DELL'OPZIONE DI NON INTERVENTO DI REGOLAMENTAZIONE (OPZIONE ZERO).

È stata valutata l'opzione di non intervento, ma non è stata ritenuta congrua. Non ratificare l'Accordo comporterebbe la chiusura dell'Ufficio OMS di Venezia e la perdita per l'Italia di un polo delle Nazioni Unite, non consentendo di rafforzare ulteriormente l'esistente collaborazione tra il Governo italiano e l'OMS, né di perseguire congiuntamente gli obiettivi di promozione della salute e di riduzione delle disuguaglianze nella salute tra gli Stati membri della Regione europea dell'OMS, attraverso le strategie previste nella nuova politica europea di riferimento « Salute 2020 ».

SEZIONE 4 — OPZIONI ALTERNATIVE ALL'INTERVENTO REGOLATORIO.

Il Governo non ha valutato opzioni alternative rispetto a quella di non intervento considerate le conseguenze che ne deriverebbero. L'opzione di non intervento comporterebbe infatti l'impossibilità di

perseguire gli obiettivi di promozione della salute e, inoltre, non era possibile negoziare un testo sostanzialmente diverso da quello concordato con la controparte.

SEZIONE 5 – GIUSTIFICAZIONE DELL'OPZIONE REGOLATORIA PROPOSTA E VALUTAZIONE DEGLI ONERI AMMINISTRATIVI E DELL'IMPATTO SULLE PICCOLE E MEDIE IMPRESE.

L'opzione regolatoria proposta segue la prassi prevista dall'ordinamento dello Stato italiano per la ratifica degli accordi di sede per le agenzie specializzate delle Nazioni Unite. È previsto pertanto che:

1) ognuna delle Parti potrà recedere dall'Accordo in ogni momento, dando un preavviso di sei mesi per scritto, trascorsi i quali cesserà ogni obbligo assunto dalle Parti e le attività dovranno essere terminate;

2) qualsiasi modifica all'Accordo dovrà essere effettuata con reciproco accordo tra le Parti mediante un documento scritto presentato come emendamento all'Accordo;

3) qualsiasi notifica o richiesta obbligatoria, facoltativa o comunque effettuata in virtù dell'Accordo dovrà essere fatta per scritto;

4) su richiesta dell'OMS o del Governo della Repubblica italiana, si terranno delle consultazioni relativamente all'attuazione, alle modifiche o alle revisioni dell'Accordo;

5) ogni disaccordo che dovesse insorgere relativamente all'interpretazione e all'attuazione dell'Accordo e che non potrà essere composto amichevolmente sarà soggetto a procedura di conciliazione. In caso di fallimento di quest'ultima, la controversia sarà sottoposta ad arbitrato. Quest'ultimo sarà condotto secondo modalità sulle quali le Parti dovranno convenire, oppure, in mancanza di accordo, in base alle norme di arbitrato della Commissione delle Nazioni Unite per il diritto commerciale internazionale in vigore alla data di sottoscrizione dell'Accordo. Il giudizio arbitrale sarà accettato dalle Parti in quanto inappellabile.

A) Svantaggi e vantaggi dell'opzione prescelta, per i destinatari diretti e indiretti, a breve e a medio-lungo termine, adeguatamente misurati e quantificati, anche con riferimento alla possibile incidenza sull'organizzazione e sulle attività delle pubbliche amministrazioni, evidenziando i relativi vantaggi collettivi netti e le relative fonti di informazione.

Non sussistono svantaggi. L'opzione prescelta comporta vantaggi per i destinatari dell'Accordo in quanto viene esplicitato il contributo del Ministero della salute e della regione Veneto. In particolare sono

attribuiti all'Ufficio OMS di Venezia lo stato giuridico, i privilegi e le immunità delle agenzie specializzate delle Nazioni Unite.

B) Individuazione e stima degli effetti dell'opzione prescelta sulle micro, piccole e medie imprese.

Non sono individuabili o stimabili effetti, diretti e indiretti, dell'opzione prescelta sulle micro, piccole e medie imprese.

C) Indicazione e stima degli oneri informativi e dei relativi costi amministrativi, introdotti o eliminati a carico di cittadini e imprese.

Non si rilevano oneri informativi e relativi costi amministrativi introdotti o eliminati a carico di cittadini e imprese.

D) Condizioni e fattori incidenti sui prevedibili effetti dell'intervento regolatorio, di cui comunque occorre tener conto per l'attuazione.

Non sussistono condizioni o fattori esterni, attualmente prevedibili, che possono incidere sulla concreta attuazione del provvedimento. Sotto il profilo economico l'Accordo sarà finanziato attraverso le modalità nello stesso indicate.

SEZIONE 6. — INCIDENZA SUL CORRETTO FUNZIONAMENTO CONCORRENZIALE DEL MERCATO E SULLA COMPETITIVITÀ DEL PAESE.

L'intervento regolatorio, che è finalizzato prioritariamente alla valutazione di programmi di sanità pubblica e di azioni nei sistemi sanitari atti a ridurre le iniquità nello stato di salute, al rafforzamento delle politiche multisettoriali e degli interventi sulla salute nonché al rafforzamento degli approcci di tipo partecipativo per migliorare la salute e per ridurre le iniquità, potrà incidere positivamente, sotto il profilo della competitività, in relazione ai riflessi positivi, connessi alle richieste di assistenza tecnica *ad hoc*, che potranno presentare i Paesi tramite gli accordi di cooperazione.

SEZIONE 7 — MODALITÀ ATTUATIVE DELL'INTERVENTO DI REGOLAMENTAZIONE.

A) Soggetti responsabili dell'attuazione dell'intervento regolatorio.

I soggetti preposti all'attuazione dell'intervento regolatorio sono il Ministero della salute e la regione Veneto, che dovrà adottare i necessari atti amministrativi connessi con gli impegni finanziari previsti agli articoli 3 e 4 dell'Accordo stesso.

B) Azioni per la pubblicità e per l'informazione dell'intervento (con esclusione delle forme di pubblicità legale degli atti già previste dall'ordinamento).

L'Accordo non prevede forme particolari di pubblicità o di informazione. Comunque allo stesso verrà data pubblicità tramite il sito *web* del Ministero della salute e il sito *web* della regione Veneto.

C) Strumenti e modalità per il controllo e il monitoraggio dell'intervento regolatorio.

La costituzione di un *Liaison Board* (articolo 1, comma 3, dell'Accordo), preposto a esaminare regolarmente (con cadenza almeno annuale) il profilo corrente dell'Ufficio OMS di Venezia (raccogliendo al contempo le opinioni delle istituzioni ospitanti in merito a eventuali cambiamenti intervenuti nelle loro priorità), le principali questioni di natura legale e relative all'accordo con le istituzioni ospitanti nonché ogni parere scientifico nel rispetto del piano di attività dell'Ufficio, consente da una parte di applicare soddisfacentemente l'Accordo e dall'altra di sorvegliarne gli sviluppi anche dal punto di vista finanziario e normativo.

D) Meccanismi eventualmente previsti per la revisione dell'intervento regolatorio.

L'Ufficio OMS di Venezia avrà un *Liaison Board*, con il mandato di esaminare regolarmente (con cadenza almeno annuale) il profilo corrente dello stesso Ufficio (e di raccogliere le opinioni delle istituzioni ospitanti in merito a eventuali cambiamenti intervenuti nelle loro priorità), le principali questioni di natura legale e relative all'accordo con le istituzioni ospitanti nonché ogni parere scientifico nel rispetto del piano di attività dell'Ufficio OMS di Venezia.

E) Aspetti prioritari da monitorare in fase di attuazione dell'intervento regolatorio e da considerare ai fini della VIR.

A cura del Ministero della salute verrà elaborata con cadenza biennale la prescritta VIR nella quale verranno presi in considerazione i risultati conseguiti in sede di: 1) monitoraggio, analisi e sistematizzazione della quantità di nuovi risultati della ricerca sui determinanti (sociali ed economici) della salute della popolazione; 2) fornitura di servizi, assistenza tecnica e collaborazione con gli Stati membri per aumentare la loro capacità di agire secondo le evidenze scientifiche relative ai determinanti sociali ed economici della salute nel quadro di quanto previsto dal documento «Salute 2020».

DISEGNO DI LEGGE

ART. 1.

(Autorizzazione alla ratifica).

1. Il Presidente della Repubblica è autorizzato a ratificare l'Accordo tra il Governo italiano e l'Organizzazione mondiale della sanità – Ufficio regionale per l'Europa – concernente l'Ufficio europeo OMS per gli investimenti in salute e per lo sviluppo, con Emendamento e con Allegati, fatto a Roma il 23 novembre 2012.

ART. 2.

(Ordine di esecuzione).

1. Piena ed intera esecuzione è data all'Accordo di cui all'articolo 1, a decorrere dalla data della sua entrata in vigore, in conformità a quanto disposto dall'articolo 11 dell'Accordo stesso.

ART. 3.

(Copertura finanziaria).

1. All'onere derivante dall'articolo 4, comma 1, dell'Accordo di cui all'articolo 1 della presente legge, pari a 540.000 euro per ciascuno degli anni dal 2014 al 2018, si provvede mediante corrispondente riduzione dell'autorizzazione di spesa recata dall'articolo 1, comma 1, lettera *a*), del decreto-legge 29 marzo 2004, n. 81, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 maggio 2004, n. 138.

2. Il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

ART. 4.

(Personale distaccato).

1. Il contingente massimo di personale che può essere distaccato all'Ufficio europeo OMS per gli investimenti in salute e per lo sviluppo, ai sensi dell'articolo 5 dell'Accordo di cui all'articolo 1 della presente legge, è pari a due unità.

ART. 5.

(Entrata in vigore).

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale*.

ACCORDO

tra

Il Governo Italiano

e

*L'Organizzazione Mondiale della Sanità
Ufficio Regionale per l'Europa*

*concernente l'Ufficio Europeo OMS
per gli Investimenti in Salute e per lo Sviluppo*

Preambolo

L'11 gennaio 2001 è stato sottoscritto a Roma un Accordo tra il Governo italiano e l'Organizzazione Mondiale della Sanità, Ufficio Regionale per l'Europa, per l'istituzione dell'Ufficio Europeo OMS per gli Investimenti in Salute e per lo Sviluppo. L'Accordo è stato ratificato dal Parlamento italiano con la legge n. 12 del 15 gennaio 2003, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 29 del 5 febbraio 2003. L'Accordo è entrato in vigore il 1° giugno 2003 a seguito di uno scambio di note verbali tra l'Ambasciata d'Italia in Danimarca (25 aprile 2003) e l'Organizzazione Mondiale della Sanità, Ufficio Regionale per l'Europa (2 maggio 2003) e ha validità per un periodo di dieci anni, terminando pertanto il 31 maggio 2013.

Allo scopo di rafforzare ulteriormente tale collaborazione nonché di perseguire congiuntamente gli obiettivi di promozione della salute e di riduzione delle disuguaglianze nella salute tra gli Stati Membri e all'interno degli stessi, attraverso le strategie previste nella nuova politica europea di riferimento "Salute 2020", l'Ufficio Regionale Europeo dell'OMS e il Governo della Repubblica Italiana

concordano

che l'Organizzazione Mondiale della Sanità, Ufficio Regionale per l'Europa (di seguito "OMS/EURO") manterrà un Ufficio progetto denominato "Ufficio Europeo OMS per gli investimenti in salute e per lo sviluppo", con sede a Venezia, Italia, per un ulteriore periodo iniziale di cinque anni a partire dal 1° giugno 2013, ulteriormente rinnovabile per un periodo di cinque anni (cfr. articolo 11.3).



◁ ✕

Articolo 1

Struttura organizzativa

1. L'Ufficio di Venezia manterrà la denominazione di "Ufficio Europeo OMS per gli investimenti in salute e per lo sviluppo" (di seguito "Ufficio di Venezia"). L'Ufficio di Venezia sarà parte integrante dell'Ufficio Regionale Europeo dell'OMS.
2. Il Direttore Regionale dell'Ufficio Europeo dell'OMS selezionerà e nominerà un membro anziano del personale come Capo dell'Ufficio di Venezia. Il Capo dell'Ufficio agirà in conformità con i termini di riferimento e i poteri espressamente delegatigli a tale scopo dall'OMS/EURO. Il personale dell'Ufficio di Venezia rimarrà costituito a regime dall'equivalente di 12 elementi (tra posizioni professionali e amministrative), compatibilmente con la disponibilità di fondi.
3. L'Ufficio di Venezia avrà un *Liason Board*, con il mandato di esaminare regolarmente (con cadenza almeno annuale) il profilo corrente dell'Ufficio di Venezia (e di raccogliere le opinioni delle istituzioni ospitanti in merito a eventuali cambiamenti intervenuti nelle loro priorità), le principali questioni di natura legale e relative all'accordo con le istituzioni ospitanti, e ogni parere scientifico nel rispetto del piano di attività dell'Ufficio di Venezia. Il *Liason Board* sarà composto da 3 membri con comprovata esperienza nelle aree di attività dell'Ufficio di Venezia; l'incarico, formalizzato dal Direttore Regionale, avrà la durata del presente accordo. Il Direttore Regionale e le autorità italiane nomineranno congiuntamente un membro ciascuno, in provenienza rispettivamente dal Ministero della Salute italiano, dalla Regione Veneto e dall'Ufficio Regionale di Copenhagen. La valutazione generale delle attività dell'Ufficio di Venezia sarà effettuata in quanto parte delle normali procedure generali dell'Ufficio Regionale dell'OMS, sulla base di un rapporto biennale predisposto dall'Ufficio di Venezia (che evidenzia i risultati/le realizzazioni rispetto al bilancio di previsione approvato), che dovrà essere condiviso con i membri del *Board* e utilizzato come base per il summenzionato parere scientifico.
4. L'Ufficio di Venezia costituirà parte integrante dell'OMS/EURO e sarà pienamente integrato nella sua struttura organizzativa e nel suo piano di attività. La struttura organizzativa e le attività dell'Ufficio di Venezia saranno in conformità ai principi della Costituzione, ai regolamenti e alle politiche dell'OMS. L'OMS/EURO sarà, inoltre, responsabile di organizzare, gestire, amministrare, dirigere e guidare l'attività dell'Ufficio di Venezia.

Articolo 2

Attività

1. L'Ufficio di Venezia, nell'area di propria competenza, fornirà assistenza agli Stati Membri a livello nazionale, regionale e locale per l'attuazione delle strategie di investimenti in salute che collochino la promozione della salute al centro dello sviluppo umano, sociale ed economico, in linea con le politiche sanitarie europee, la Salute per Tutti, e la politica europea di riferimento "Health 2020".
2. In termini operativi, oltre ai programmi di informazione ed educazione alla salute, l'Ufficio di Venezia svolgerà le seguenti due funzioni principali:
 - a) monitoraggio, analisi e sistematizzazione della crescente quantità di nuovi risultati della ricerca sui determinanti (sociali ed economici) della salute della popolazione;



11

- b) fornitura di servizi, assistenza tecnica e collaborazione con gli Stati Membri per aumentare la loro capacità (sia a livello nazionale che subnazionale) di agire secondo le evidenze scientifiche relative ai determinanti sociali ed economici della salute nel quadro della *Health 2020*. Ciò migliorerà la capacità degli Stati Membri di investire in salute e porre la promozione della salute al centro della propria agenda di sviluppo.

Le principali aree di lavoro e attività che l'Ufficio di Venezia dovrà realizzare saranno in linea con la parte del bilancio di previsione allocata alla Regione Europea. Per quanto concerne il biennio 2012-2013, le principali aree di lavoro e attività sono riassunte nell'Allegato I e Allegato II al presente Accordo.

3. Le attività dell'Ufficio di Venezia integreranno le attività di promozione della salute correlate ai determinanti di salute dell'OMS/EURO in linea con la strategia *Health 2020*. Il sistema informativo dell'OMS sarà utilizzato, secondo necessità, per sostenere le attività dell'Ufficio di Venezia.

Articolo 3

Strutture

1. L'Ufficio sarà situato nella sede attualmente messa a disposizione dalla Regione del Veneto, ai costi attuali come da contratto di locazione del 24.02.2012, registrato a Venezia il 28.02.2012 (n. 1215 - Atti Privati), senza alcun ulteriore costo per la Regione..
2. La bandiera e l'emblema dell'OMS verranno utilizzati in conformità con il Codice delle Bandiere e degli emblemi dell'OMS nonché con i Regolamenti, le Risoluzioni e le procedure dell'Organizzazione.
3. In caso si concordi tra la Regione del Veneto e l'OMS/EURO di trasferire l'Ufficio di Venezia nel territorio della Regione del Veneto, gli obblighi a carico della Regione del Veneto di cui al presente articolo resteranno in vigore anche nella nuova ubicazione, i cui costi, per la Regione Veneto, non dovranno superare i costi stabiliti al comma 1 del presente articolo. In caso di trasferimento, la Regione Veneto non si farà carico di alcuna spesa connessa con tale trasferimento. Qualora la sede dell'Ufficio OMS sia trasferita fuori dalla Regione Veneto, il presente accordo sarà da intendersi decaduto.

Articolo 4

Contributo del Ministero della Salute della Repubblica Italiana e della Regione Veneto

1. La Regione del Veneto, oltre a quanto previsto dall'art. 3, comma 1, fornirà all'OMS/EURO un contributo annuo di € 300.000,00. Il Ministero della Salute fornirà all'OMS/EURO un contributo annuo di € 600.000,00. I contributi indicati in questo comma saranno utilizzati esclusivamente per coprire i costi relativi al personale impiegato nell'Ufficio di Venezia ed i costi di realizzazione dei programmi e delle attività operative.
2. I fondi saranno trasferiti in Euro, in due quote annuali, di cui la prima a gennaio e la seconda entro il 30 giugno dell'anno di riferimento, a un conto bancario dedicato dell'OMS. L'OMS/EURO fornirà alla Regione del Veneto e al Ministero della Salute i dettagli relativi a tale conto bancario.



Articolo 5**Personale**

1. Tutto il personale dell'Ufficio di Venezia, ivi incluso il personale eventualmente comandatovi, sarà sottoposto alle normative e regolamentazioni dell'OMS sul personale, avranno lo status e i diritti del personale dell'OMS e saranno funzionari dell'OMS ai fini dell'applicazione delle immunità e privilegi concessi per il libero esercizio delle proprie funzioni. L'assunzione e la gestione del personale dell'Ufficio di Venezia avverranno in conformità con i regolamenti, le normative e le procedure dell'OMS.
2. In base a quanto disposto dal presente Accordo, il personale dell'Ufficio di Venezia sarà assunto secondo le norme, i regolamenti e le procedure dell'OMS. La durata della nomina e la durata di eventuali proroghe saranno determinate in conformità con le norme dell'OMS e subordinate alla sicurezza della copertura finanziaria.
3. Personale aggiuntivo potrà essere comandato all'Ufficio di Venezia da parte della Regione del Veneto, di altre Regioni e istituzioni italiane, del Governo della Repubblica Italiana, o di qualsiasi altro Stato Membro dell'OMS, Organizzazione internazionale o qualsiasi altro organismo sulla base di un accordo concluso con l'OMS. Tale personale comandato potrà appartenere sia a categorie professionali che a categorie amministrative.
4. Borsisti, collaboratori di livello professionale associati e tirocinanti possono essere assegnati all'Ufficio di Venezia.
5. Scambi di personale (sia esso professionale o amministrativo) fra l'OMS/EURO e l'Ufficio di Venezia potranno effettuarsi in base alle esigenze e saranno soggetti alle norme dell'OMS, senza alcun onere aggiuntivo per il Ministero della Salute e per la Regione Veneto.

Articolo 6**Contributo dell'OMS/EURO**

1. L'OMS/EURO terrà una contabilità separata relativa ai contributi trasferiti all'Ufficio di Venezia, riguardante le somme ricevute e le spese dell'Ufficio di Venezia, secondo le norme, i regolamenti e le procedure dell'OMS in materia finanziaria. Gli interessi maturati sui fondi saranno calcolati ed accreditati in conformità con le norme, i regolamenti e le procedure dell'OMS.
2. Tutte le rendicontazioni finanziarie saranno espresse in dollari USA. Entrate ed uscite in valute diverse saranno convertite in dollari USA secondo il tasso di cambio delle Nazioni Unite applicabile alla data di tali transazioni.
3. L'OMS/EURO garantirà che le transazioni finanziarie relative ai fondi saranno:
 - a. registrate sulla base di una procedura interna globale di controllo basata sulle norme, i regolamenti e le procedure applicabili all'OMS.
 - b. effettuate nel pieno rispetto dei regolamenti, delle norme e delle procedure finanziarie al momento in vigore presso l'OMS.
4. La gestione amministrativo-finanziaria delle spese relative all'Ufficio di Venezia è soggetta al controllo interno ed esterno e alle norme, regolamenti e procedure finanziarie applicabili all'OMS.



5. L'OMS/EURO assicurerà ogni possibile sforzo per ottenere finanziamenti supplementari per le attività dell'Ufficio di Venezia da fonti diverse rispetto al Ministero della Salute e alla Regione Veneto, con l'obiettivo di incrementare in misura considerevole il bilancio complessivo per la totalità dei costi, compresi quelli legati ai programmi e alle attività operative¹.

6. Nel quadro delle attività dell'Ufficio di Venezia, l'OMS/EURO darà piena ed attenta considerazione a proposte presentate dal Ministero della Salute e dalla Regione del Veneto per assistenza tecnica e attività di cooperazione da attuarsi in Italia nell'ambito delle competenze dell'Ufficio di Venezia. L'Ufficio di Venezia offrirà opportunità di stretta cooperazione con tutti gli Stati Membri dell'OMS/EURO, paese ospitante compreso.

Articolo 7

Collaborazione tra l'Ufficio di Venezia Office e le Istituzioni italiane

1. Nell'ambito della cooperazione bilaterale fra l'Italia e l'OMS/EURO, il Ministero della Salute della Repubblica Italiana considererà le più opportune modalità di coinvolgimento dell'Ufficio di Venezia in attività di livello sub-nazionale, nazionale ed internazionale promosse dal Ministero stesso, in linea con il Piano Sanitario Nazionale e in conformità con le competenze dell'Ufficio di Venezia, così come disposto dall' art. 2 del presente Accordo. Inoltre, il Ministero della Salute e la Regione del Veneto esamineranno ogni altra possibile collaborazione fra l'Ufficio di Venezia e gli Organi Tecnici e Scientifici del Servizio Sanitario Nazionale e altre rilevanti Istituzioni nelle rispettive aree di competenza.

Articolo 8

Privilegi e Immunità

1. L'Ufficio di Venezia, la sua gestione e le sue strutture, proprietà, finanziamenti, beni, archivi, comunicazioni e personale saranno regolati dalla Convenzione sui Privilegi e le Immunità delle Agenzie Specializzate e dal relativo Allegato VII, adottati dalla prima Assemblea Mondiale della Sanità dell'OMS il 17 luglio 1948 (di seguito "la Convenzione), a cui l'Italia ha aderito il 30 agosto 1985 per quanto concerne l'OMS.

Articolo 9

Piano di lavoro

1. Il presente Accordo include un piano di lavoro dettagliato relativo al primo biennio di attività nell'ambito della durata dell'Accordo nonché una previsione delle principali aree di attività per il periodo coperto dal presente Accordo, rispettivamente come Allegato I e Allegato II. Il piano di lavoro dell'Ufficio sarà in linea con il ciclo di programmazione biennale dell'OMS.

¹ A questo riguardo un progresso è già in atto, con un impegno per 250.000 € già ricevuto dall'OMS/EURO da parte della Repubblica di San Marino.



Articolo 10**Valutazione del lavoro dell'Ufficio di Venezia**

1. Una valutazione delle attività dell'Ufficio di Venezia sarà effettuata ogni due anni sulla base di relazioni presentate all'Ufficio Regionale dell'OMS/EURO, in conformità con le procedure dell'OMS. Oltre alla relazione biennale delle attività dell'Ufficio di Venezia, verranno redatte relazioni annuali sui progressi compiuti in conformità alle linee guida dell'OMS/EURO. Queste ultime saranno inoltre discusse nell'ambito delle riunioni annuali del *Liason Board* dell'Ufficio di Venezia.

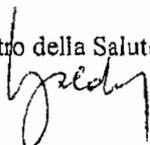
Articolo 11**Disposizioni finali**

1. Il presente Accordo entrerà in vigore il 1° giugno 2013, subordinatamente all'avvenuta notifica finale ad opera delle Parti circa il completamento delle necessarie formalità previste dai rispettivi ordinamenti di ciascuna parte, ivi compresa la ratifica parlamentare.
2. L'effettiva attuazione del presente Accordo è subordinata all'adozione da parte della Regione del Veneto dei necessari atti amministrativi connessi con gli impegni finanziari di cui agli articoli 3 e 4.
3. Il presente Accordo resterà in vigore per 5 anni, dalla data della sua entrata in vigore. Potrà essere rinnovato per ulteriori periodi di 5 anni sulla base di un accordo tra l'OMS/EURO, il Ministero della Salute e la Regione del Veneto e di una valutazione del *Liason Board* dopo 4 anni.
4. Ognuna delle parti potrà recedere dal presente Accordo in ogni momento, dando un preavviso di sei mesi per iscritto, trascorsi i quali cesserà ogni obbligo assunto dalle parti e le attività dovranno essere terminate. A seguito della chiusura di tutti gli impegni finanziari relativi all'Ufficio di Venezia e al suo personale, l'OMS fornirà un resoconto finanziario relativo alle spese sostenute e a ogni eventuale residuo di fondi di pertinenza dell'Ufficio. Tali eventuali residui di fondi dovranno essere restituito al Governo della Repubblica Italiana o alla Regione del Veneto, in base alle circostanze, entro sei mesi dalla data di risoluzione dell'Accordo.
5. Qualsiasi emendamento al presente Accordo dovrà essere effettuato per reciproco accordo tra le parti mediante un documento scritto presentato come emendamento al presente Accordo.
6. Qualsiasi notifica o richiesta obbligatoria, facoltativa o comunque effettuata in virtù del presente Accordo dovrà essere fatta per iscritto.
7. Su richiesta dell'Organizzazione Mondiale della Sanità o del Governo della Repubblica Italiana, si terranno delle consultazioni relativamente all'attuazione, modifiche o revisioni del presente Accordo.
8. Ogni disaccordo che dovesse insorgere relativamente all'interpretazione e attuazione del presente Accordo e che non potrà essere composto amichevolmente sarà soggetto a procedura di conciliazione. In caso di fallimento di quest'ultima, la controversia sarà sottoposta ad arbitrato. Quest'ultimo sarà condotto secondo modalità sulle quali le parti dovranno convenire, oppure, in mancanza di accordo, in base alle norme di Arbitrato della Commissione delle Nazioni Unite per il Diritto Commerciale Internazionale in vigore alla data di sottoscrizione del presente Accordo. Il giudizio arbitrale sarà accettato dalle parti in quanto inappellabile.



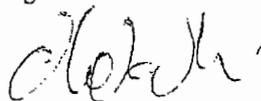
I sottoscritti, debitamente nominati in rappresentanza del Governo della Repubblica Italiana e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità hanno rispettivamente firmato, a nome delle parti, il presente Accordo a *ROMA*..... in data *23/11/2012* in due originali, ciascuno nelle lingue italiana e inglese, tutti i testi facenti egualmente fede. In caso di divergenze nell'interpretazione, prevarrà il testo in lingua inglese.

Il Ministro della Salute d'Italia



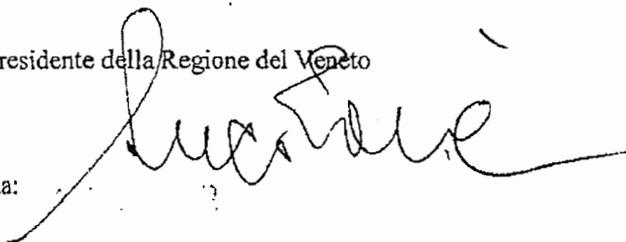
Data: 23/11/2012

Il Direttore dell'Ufficio Regionale per l'Europa
dell'Organizzazione Mondiale della Sanità



Data: 23/11/2012

Il Presidente della Regione del Veneto



Data: 23/11/2012



ALLEGATO I

Principali aree di attività dell'Ufficio di Venezia

Le principali aree di attività hanno lo scopo di fornire supporto ai soggetti titolari di potere decisionale, quali gli alti funzionari di governo (a livello nazionale, regionale e locale) e le autorità politiche, nell'ambito dei determinanti sociali ed economici della salute e la riduzione delle iniquità ivi presenti. Le principali aree di attività sono:

- *Sviluppo organizzativo*: l'attuazione di "Salute 2020" richiede innovazione nei sistemi sanitari e nella politica sanitaria, la modernizzazione degli interventi di sanità pubblica e delle infrastrutture, nonché la creazione di incentivi e *know-how* per la cooperazione intersettoriale. L'Ufficio di Venezia fornirà attività di supporto ai paesi che ritengano di averne bisogno nonché consulenza alle autorità governative del livello nazionale, regionale e locale per un'azione che tenga conto dei nuovi risultati della ricerca in materia di determinanti della salute e per l'attuazione dei valori, obiettivi e principi di Salute 2020, tra cui, ma non limitatamente, l'inserimento nei rispettivi programmi e prassi de l'Equità in Salute in Tutte le Politiche e di approcci che considerino l'intero ciclo vitale e coinvolgano il governo nel suo insieme;
- *Sviluppo del personale*: l'attuazione di "Salute 2020" richiede lo sviluppo di adeguate conoscenze e l'utilizzo delle risorse umane operanti nel settore della salute e in diversi settori governativi con aggiornate conoscenze e competenze. Così, nell'ambito della sua area di competenza, l'Ufficio di Venezia collaborerà con gli Stati membri per l'organizzazione, l'implementazione e la sostenibilità di programmi di formazione per esperti nel campo della salute pubblica, sviluppo sociale ed economico, sia a livello nazionale, che sub-nazionale ed europeo;
- *Studio e monitoraggio*: nel lasso di tempo relativo al presente rinnovo, l'Ufficio di Venezia si concentrerà in particolare sul sostegno e sull'aumento delle capacità dei paesi con debole capacità di ricerca e di monitoraggio nel raccogliere, analizzare e utilizzare i dati relativi ai determinanti sociali ed economici della salute e delle relative iniquità di salute. Il prodotto principale di questa attività sarà l'aumento della capacità dei paesi di produrre rapporti periodici nazionali e sub-nazionali sull'evoluzione delle disuguaglianze di salute e l'individuazione delle loro cause;
- *Advocacy*: organizzazione di forum di alto livello sulla promozione della salute per i responsabili politici e pianificatori e identificazione di modalità per affrontare i determinanti sociali ed economici della salute, nonché le iniquità di salute;
- *Supporto nell'elaborazione di politiche*: qualora richiesto dai governi e dai parlamenti degli Stati membri e / o loro regioni, vengono forniti strumenti operativi e pareri, studi ed analisi di situazioni critiche al fine di promuovere investimenti ottimali per la salute, in linea con gli obiettivi, valori e principi di "Salute 2020";
- *Sviluppo di partenariato*: promozione di partenariati tra gli Stati membri per la condivisione delle conoscenze, per facilitare lo sviluppo di *know-how* e lo scambio di informazioni nelle aree tecniche di competenza dell'Ufficio di Venezia;



8 12

- *Lavoro sul campo*: fornire sostegno agli Stati membri nei loro sforzi di sviluppare, testare e applicare nuovi strumenti per il design di programmi e politiche volte a rafforzare la capacità degli individui nel sostenere la propria salute nell'arco di tutto il proprio ciclo vitale (in particolar modo in questo momento di rapidi cambiamenti sociali ed economici e di difficoltà), nonché rafforzare i sistemi sanitari nell'affrontare le sfide di vulnerabilità e disuguaglianza.



Allegato II

Piano d'azione per il biennio 2013-2014

Nel presente allegato si evidenzia il ruolo dell'Ufficio OMS di Venezia nel sostenere gli Stati Membri nell'attuazione della strategia *Salute 2020* a livello nazionale e subnazionale.

Si presentano inoltre le principali aree di lavoro che verranno sviluppate in Italia in cooperazione col Ministero della Salute, in particolare gli interventi pianificati nel 2013-2014, ossia nel primo biennio del rinnovo quinquennale dell'accordo di sede per l'Ufficio OMS di Venezia.

1. Ruolo dell'Ufficio OMS di Venezia nell'attuazione della strategia *Salute 2020* e assistenza tecnica ai Paesi

Sin dalla sua istituzione nel 2003, e in linea con l'accordo ufficiale tra il Governo italiano e l'Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS, l'Ufficio Europeo dell'OMS per gli Investimenti per la Salute e lo Sviluppo (Ufficio OMS di Venezia) ha portato avanti una collaborazione pluriennale con Stati e istituzioni europee. Tale collaborazione si è realizzata con il potenziamento della capacità di tali soggetti istituzionali sia a operare sui determinanti sociali ed economici della salute che nel ridurre le iniquità. L'Ufficio OMS di Venezia ha in questo modo fornito assistenza tecnica diretta a più di 30 Paesi (descritta nei rapporti biennali dell'Ufficio).

L'Ufficio OMS di Venezia ha inoltre prodotto oltre 60 pubblicazioni scientifiche e rapporti su tematiche inerenti la sua missione.

Da più parti è giunto il riconoscimento di come il lavoro condotto in questi anni dall'Ufficio OMS di Venezia abbia contribuito sostanzialmente allo sviluppo dell'area di lavoro dei determinanti sociali della salute. Tale area ha registrato un tale sviluppo da diventare una priorità nell'agenda politica di molti Stati, sia a livello nazionale che subnazionale.

L'Ufficio OMS di Venezia ha ricoperto un ruolo chiave anche a livello globale, dedicando proprio staff a supporto del lavoro effettuato dalla Commissione dell'OMS sui determinanti sociali della salute. Il rapporto della Commissione, pubblicato nel 2008, ha influito notevolmente sull'emanazione, nel 2009, della risoluzione WHA62.14 dell'Assemblea Mondiale della Sanità sulla riduzione delle iniquità di salute attraverso l'azione sui determinanti sociali. Più recentemente, l'Ufficio si è fatto portavoce del punto di vista europeo nel processo culminato con la Dichiarazione Politica di Rio sui determinanti sociali della salute, Rio de Janeiro (Brasile), 2011.



A I

Nel portare avanti la sua missione, l'Ufficio ha fornito support tecnico anche vari Stati Membri durante il rispettivo semestre di Presidenza del Consiglio dell'Unione Europea (Regno Unito nel 2005, Slovenia nel 2008, Spagna nel 2010, Polonia nel 2011).¹

L'Ufficio di Venezia si fa portavoce della necessità di includere il principio di equità in salute nelle politiche di riferimento europee e globali, come anche dell'attuazione delle risoluzioni degli organi istituzionali dell'OMS. Esempi di tale inclusione del principio di equità sono: il Decennio 2005–2015 per l'Inclusione Sociale delle popolazioni Rom; il Quadro dell'Unione Europea per le strategie nazionali di integrazione delle popolazioni Rom; la risoluzione EUR/RC52/R7 dell'Ufficio Regionale dell'OMS per l'Europa su povertà e salute; la risoluzione WHA61.17 dell'Assemblea Mondiale della Sanità sulla salute dei migranti; le risoluzioni WHA61.18 e WHA63.15 dell'Assemblea Mondiale della Sanità sul monitoraggio dei risultati degli obiettivi di sviluppo per il millennio concernenti la salute.

Con l'adozione della nuova strategia di riferimento dell'OMS, nota come *Salute 2020*, le tradizionali aree di lavoro dell'Ufficio di Venezia hanno assunto maggior rilievo poiché la missione dell'Ufficio è di fornire support tecnico agli Stati nel processo di attuazione di tale strategia, rafforzando la loro capacità di agire sui determinanti sociali della salute al fine di ridurre le iniquità.

In particolare, l'Ufficio OMS di Venezia è un elemento centrale per il raggiungimento di due obiettivi strategici della strategia *Salute 2020*:

- Migliorare lo stato di salute di tutta la popolazione, e nel contempo ridurre le differenze, non eque ed evitabili, nello stato di salute;
- Ottimizzare il sistema di gestione (governance) della salute.

1.1 Attuazione della strategia *Salute 2020* – aumento della richiesta di assistenza tecnica agli Stati membri

Il rinnovo del mandato dell'Ufficio di Venezia garantisce la disponibilità di risorse tecniche, già testate e necessarie, per agire sui determinanti sociali e ridurre le iniquità di salute, sostenendo in tal modo la solidarietà come valore all'interno della regione europea. Ciò è particolarmente sentito al giorno d'oggi, quando molti dei 53 Stati Membri dell'OMS devono far fronte a nuove forme di povertà, con i rischi per la salute che ne derivano, e a crescenti differenze nello stato di salute a livello locale, regionale e nazionale.

Come indicato nella strategia *Salute 2020*, affrontare queste prove richiede un adeguato bagaglio di competenze e di assetti istituzionali, al fine di attuare politiche, servizi e programmi efficaci, sia nell'ambito del settore sanitario che dei vari comparti governativi. Le attività sviluppate con la collaborazione dell'Ufficio di Venezia sono progettate per portare avanti gli obiettivi di equità e solidarietà della strategia *Salute 2020*.

¹ Priorità delle suddette Presidenze UE in ambito sanitario: a) Regno Unito 2005, Riduzione delle iniquità di salute; b) Slovenia 2008, Politiche intersettoriali per incrementare una sana alimentazione e l'attività fisica; c) Spagna 2010, Verso l'equità in salute: monitorare i determinanti sociali della salute e la riduzione delle iniquità di salute; d) Polonia 2011, Ridurre il divario tra lo stato di salute all'interno dell'Unione Europea.



r l

Una recente analisi dell'Ufficio di Venezia sui successi e i fallimenti nella gestione dei determinanti sociali della salute ha evidenziato divari significativi nel background di competenze disponibili nei vari Paesi². Le richieste di assistenza tecnica nell'attuazione di politiche che operino sui determinanti sociali e sulla riduzione delle iniquità sono sempre state numerose, ma al momento si registra un aumento molto consistente. Ciò si riflette nel numero e nel tipo di richieste avanzate dai Paesi: attualmente si registrano 23 richieste formali di assistenza tecnica esplicitate dai Paesi Membri nel biennio 2012–2013. Inoltre l'Ufficio di Venezia fornisce supporto e svolge attività di formazione anche a livello subnazionale e sovranazionale. Questi progetti coinvolgono circa altri 11 Paesi, raggiungendo un totale di 33 stati coinvolti.

Mentre in Europa aumentano le iniquità di salute, cresce al contempo anche la preoccupazione per i sempre maggiori costi della spesa sanitaria e per la sostenibilità dei servizi pubblici colpiti dalle misure di austerità. Questa situazione incoraggia un uso più efficiente delle risorse disponibili e una maggiore attenzione verso la crescita e la ripresa economica. Gli effetti della recente crisi economica in tutta Europa e le costanti problematiche dei Balcani, del Caucaso e dell'Asia centrale sono correlati a un maggiore rischio di insoddisfacente livello di salute. Ciò dipende soprattutto dalla difficoltà ad accedere a servizi sanitari di qualità (quali la prevenzione e la promozione della salute), ad alloggi appropriati, alla disoccupazione crescente e a meccanismi inadeguati di assistenza sociale. Tutti questi fattori sono importanti determinanti della salute, che influiscono sulla popolazione in modo differenziato: nell'opportunità di godere di buona salute, un maggiore rischio di avere una salute insoddisfacente e essere vittime di una morte prematura.

L'Ufficio di Venezia ha sviluppato una serie di strumenti, servizi e collaborazioni per aiutare i Paesi ad esaminare le proprie politiche di sanità pubblica, con l'ottica di rafforzare la loro capacità di agire sui determinanti della salute e sulle iniquità. Le aree di lavoro strategiche per venire incontro alle richieste degli Stati Membri includono:

- *Valutazione programmi di sanità pubblica ed azioni nei sistemi sanitari atte a ridurre le iniquità nello stato di salute*

Contenere le spese sanitarie è una delle principali priorità di tutti i governi degli stati europei. Sempre più studi sugli aspetti economici della prevenzione delle malattie dimostrano come sia possibile contenere i costi, a patto di intervenire anche sulle disuguaglianze nello stato di salute dipendenti dal gradiente sociale, aiutando coloro che sono più esposti ad una salute insoddisfacente. Al momento molti stati europei spendono solo una piccola percentuale del budget sanitario per la promozione della salute e non affrontano in maniera sistematica le disuguaglianze nello stato di salute. I progressi nella conoscenza scientifica e tecnologica offrono nuove opportunità per ottenere benefici per la salute, così come migliorare l'impatto delle politiche sanitarie e di protezione sociale sulla salute.

Negli ultimi 10 anni sono aumentate le conoscenze sulla natura e l'ampiezza delle disuguaglianze nelle condizioni prioritarie di salute pubblica (quali la tubercolosi, le

² Harrison D, Ziglio E, Burns H, Brown C (in fase di elaborazione). *Report of the Task Group on Governance and Delivery Mechanisms*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.



malattie cardiovascolari, il consumo di tabacco e di alcol, la salute sessuale e riproduttiva). Esse includono anche miglior identificazione delle cause di tali disuguaglianze e i principali determinanti sociali.

L'Ufficio OMS di Venezia ha contribuito allo sviluppo di una rete globale di conoscenze che fornisce *know-how* per migliorare le prestazioni di 14 condizioni prioritarie di salute pubblica. I risultati indicano che, nella progettazione e attuazione dei programmi sulle condizioni prioritarie di salute pubblica, c'è ancora ampio spazio di manovra per agire sui determinanti sociali e sulle iniquità di salute.³ L'Ufficio di Venezia sta lavorando con i Paesi che ne hanno fatto richiesta per meglio integrare i determinanti sociali e le differenze di genere nei programmi di sanità pubblica rivolgendo specifica attenzione al principio di equità nei sistemi sanitari. Ciò include ad esempio o lo sviluppo di un profilo nazionale di salute concernente le disuguaglianze nell'obesità, nel consumo di tabacco o di alcol, oppure una valutazione complessiva del sistema sanitario prendendo in considerazione il criterio dell'equità. Alcuni dei servizi richiesti sono esposti nella tabella 1 sottostante.

L'Ufficio di Venezia sta coordinando una valutazione di alcune rilevanti condizioni prioritarie di salute all'interno della Regione Europea dell'OMS. L'analisi si concentra soprattutto sugli interventi che affrontano le iniquità di salute nelle malattie cardiovascolari, nella tubercolosi, nel consumo di tabacco e di alcol. Queste condizioni sono state selezionate per la loro rilevanza sui livelli di salute-malattia e mortalità nella regione. I risultati più significativi di questo lavoro hanno portato a diverse conclusioni, che verranno esplicitate in raccomandazioni e linee guida nel 2013, ossia nel primo anno del periodo di rinnovo dell'accordo di sede per l'Ufficio di Venezia. Le linee guida si concentreranno sul rafforzamento dei sistemi sanitari per affrontare al meglio le disuguaglianze in salute. Ciò si riflette in due dimensioni: (a) evitare che il settore sanitario accresca le disuguaglianze; ciò si può ottenere tramite un miglior coordinamento intersettoriale all'interno del sistema stesso e anche tra i programmi sulle condizioni prioritarie di salute; (b) migliorare e accelerare la collaborazione intersettoriale con settori diversi dalla sanità, per favorire interventi a monte sui determinanti sociali (ad esempio interventi di protezione sociale per il controllo della tubercolosi). L'Ufficio di Venezia fornisce questo tipo di guida ai Paesi che lo richiedono, per migliorare processi di riforma in atto o per sviluppare programmi specifici.

- ***Rafforzamento delle politiche multisettoriali e degli interventi sulla salute accrescendo il ruolo chiave dei ministeri/assessorati della salute nell'applicare il principio di equità in tutte le politiche***

Incidere su molti determinanti sociali e sulle iniquità di salute richiede il coinvolgimento di settori anche diversi da quello sanitario. Si pensi ad esempio all'influenza che hanno le politiche sugli alloggi, per la scuola, sull'occupazione, sulle pari opportunità di genere e di appartenenza etnica. L'Ufficio di Venezia fornisce assistenza a governi e ministeri della salute per effettuare analisi intersettoriali delle politiche e degli investimenti che hanno maggiore impatto sulle iniquità di salute. Si mira a far interagire settori diversi per individuare le opzioni più efficaci che permettano di reindirizzare le politiche correnti e ridurre le iniquità di salute in tutta la popolazione. I servizi ad hoc per i Paesi prevedono

³ http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563970_eng.pdf



nuovi modelli di lavoro intersettoriale e progettazione di politiche che tengano conto dei determinanti sociali delle iniquità di salute.

Molti Paesi richiedono aiuto nel posizionare il principio dell'equità in salute come priorità nei piani di sviluppo nazionali o regionali. La domanda proviene da Paesi che ritengono che la salute sia una risorsa importante per lo sviluppo e adottano misure di equità in salute come indici di una crescita equa e sostenibile. L'importanza di ciò è stata sottolineata da alcuni Stati Membri preoccupati per l'impatto delle misure di austerità sulle politiche pubbliche, che potrebbero minare i tradizionali valori europei della solidarietà.⁴ Quest'area di lavoro ha coinvolto l'Ufficio di Venezia per diversi anni attraverso il programma *Investment for Health and Development*.

Altri servizi ad hoc per i Paesi prevedono briefings parlamentari per facilitare un impegno politico formale quando esso richieda un'analisi dei determinanti sociali, nonché per rafforzare la legislazione esistente tramite l'introduzione di meccanismi di valutazione dei determinanti sociali e dell'equità. A causa della congiuntura economica sfavorevole che ha colpito l'Europa si prevedono crescenti richieste in tal senso.

- ***Rafforzare gli approcci di tipo partecipativo per migliorare la salute e ridurre le iniquità***

Lo stato di salute delle persone è strettamente legato alle condizioni in cui queste sono nate e cresciute, lavorano e invecchiano. Agire sulle condizioni economiche e sociali è cruciale per ogni approccio sui determinanti sociali che miri a migliorare lo stato di salute. Per aumentare l'impatto e la sostenibilità degli interventi sui determinanti sociali e sulle iniquità, si è dimostrato efficace coinvolgere le persone nel miglioramento delle proprie condizioni di vita e di lavoro attraverso approcci partecipativi, in collaborazione con le istituzioni statali, e/o locali, e il terzo settore.⁵ Questo coinvolgimento rafforza la capacità dell'individuo e della comunità di affrontare condizioni di disagio. Infatti le comunità dotate di questa resilienza rispondono in maniera propositiva a situazioni nuove o avverse; esse sono in grado di prepararsi ad affrontare cambiamenti di tipo economico, sociale o ambientale, sapendo gestire meglio situazioni di crisi o di difficoltà.

In previsione di rapidi cambiamenti socio-ambientali e del loro impatto sulle condizioni di vita e di lavoro, molti Stati riconoscono la necessità di rafforzare i modelli partecipativi per la progettazione e il monitoraggio delle politiche pubbliche e i servizi per la salute. L'Ufficio di Venezia fornisce assistenza ai Paesi nell'applicare le evidenze scientifiche e nel testare nuovi approcci per rafforzare la partecipazione attiva delle comunità e far emergere risorse locali che favoriscano la salute e lo sviluppo.

- ***Strumenti di supporto decisionale e pratiche promettenti***

Ridurre le iniquità è un compito molto complesso. C'è una crescente richiesta di know-how e soluzioni che funzionino in pratica. A tal fine l'Ufficio di Venezia conduce

⁴ Stuckler D, Basu S, McKee M. Budget crises, health, and social welfare programs. *BMJ* 2010; 340:c3311

⁵ - CSDH. 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. Geneva, World Health Organization, 2008.

- Living well across communities: prioritizing well-being to reduce inequalities. NHS North West. Manchester, NHS NW, 2010.



[Handwritten signature]

regolarmente delle revisioni critiche delle ultime conoscenze a disposizione e delle pratiche più promettenti per affrontare i determinanti sociali e ridurre le iniquità di salute. Prodotti di questo tipo possono essere delle note informative (policy briefs) su argomenti specifici, rapporti di sintesi, strumenti online interattivi, materiale tecnico-scientifico di riferimento. Questi strumenti di supporto decisionale per i Paesi sono pensati per facilitare la valutazione e il miglioramento degli interventi che mirino ad una maggiore equità in salute.

1.2 Richieste di supporto ad hoc da parte dei Paesi per il biennio 2013-14

Durante il primo biennio del rinnovo dell'accordo di sede, l'Ufficio di Venezia fornirà supporto attraverso assistenza tecnica ad hoc ai Paesi elencati nella Tabella 1. Questi Paesi hanno già inoltrato richiesta di assistenza tramite procedure formali quali gli Accordi di Collaborazione Biennale (*Biennial Collaborative Agreements*) e altri tipi di accordi di cooperazione.

Tabella 1. – Paesi richiedenti servizi di assistenza tecnica all'Ufficio di Venezia – servizi da fornire durante il primo biennio del periodo del rinnovato accordo di sede. Richieste pervenute attraverso gli Accordi di Collaborazione Biennale.

Paese	Richiesta presentata	Risultato programmato
Albania	<ul style="list-style-type: none"> Programma di formazione per l'attuazione di approcci che coinvolgono l'insieme delle istituzioni governative ("whole of government") così come previsti dalla strategia dell'OMS Salute 2020 (<i>Health 2020</i>), con particolare riguardo alla promozione della salute dei segmenti vulnerabili della popolazione albanese e volti alla riduzione delle iniquità nello stato di salute. 	<ul style="list-style-type: none"> Maggiore capacità del personale all'interno del ministero della salute e altri istituzioni nel promuovere azioni di riduzione delle iniquità nello stato di salute in modo trasversale tra i dipartimenti governativi.
Bosnia e Erzegovina	<ul style="list-style-type: none"> Programma di formazione finalizzato alla produzione di un profilo delle iniquità presenti nello stato di salute del paese per permettere lo sviluppo e l'allineamento ai principi contenuti nella strategia Salute 2020. Erogazione di un corso di formazione specifico per personale all'interno del ministero della salute e altre istituzioni, sull'attuazione di approcci che coinvolgono l'insieme delle istituzioni governative e della società (<i>whole of government and society approaches</i>) alla promozione della salute e alla riduzione delle iniquità nello stato di salute in linea con la strategia Salute 2020. 	<ul style="list-style-type: none"> profilo delle iniquità nello stato di salute, utilizzando condizioni di riferimento quali tubercolosi e malattie cardiovascolari Raggiungimento dell'obiettivo prefissato dagli impegni nazionali previsti dall'adesione alla Dichiarazione di Banja Luka sull'Equità in Salute in Tutte le Politiche.
Bulgaria	<ul style="list-style-type: none"> Sviluppo di un programma specifico per personale del ministero della salute e altre istituzioni a livello nazionale con particolare attenzione ad azioni di riduzione delle iniquità nello stato di 	<ul style="list-style-type: none"> Maggiori capacità e conoscenze da parte delle risorse umane del paese operanti a livello nazionale di sviluppare e sostenere pratiche che coinvolgono l'insieme delle istituzioni



f n

R M

	<p>salute in linea con la strategia Salute 2020.</p> <ul style="list-style-type: none"> Assistenza in attività (comprendenti più Paesi) che agiscano sulla salute delle popolazioni Rom (con particolare riguardo agli Obiettivi di Sviluppo del Millennio 4 e 5 nel contesto dell'iniziativa 'Decennio di inclusione Rom' e del lavoro portato avanti dall'Unione Europea sull'inclusione dei Rom). 	<p>governative nella promozione della salute e nella riduzione delle iniquità nello stato di salute.</p> <ul style="list-style-type: none"> Pacchetto di materiali e formazione sulle modalità di integrazione delle popolazioni Rom, nonché modelli di equità da inserire nelle politiche e nei programmi per un reale progresso nel raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio 4 e 5.
Croazia	<ul style="list-style-type: none"> Programma di formazione finalizzato all'attuazione di un approccio che coinvolga l'insieme delle istituzioni governative e della società nella promozione dell'equità nello stato di salute, compreso lo scambio di pratiche promettenti e innovazione nella formulazione delle politiche. 	<ul style="list-style-type: none"> Raggiungimento dell'obiettivo prefissato dagli impegni nazionali previsti dall'adesione alla Dichiarazione di Banja Luka sull'Equità in Salute in Tutte le Politiche.
Repubblica Ceca	<ul style="list-style-type: none"> Supporto all'utilizzo sistematico dell'approccio sui determinanti sociali della salute nell'azione di rafforzamento dei sistemi sanitari e più in generale nella agende per la salute e per lo sviluppo. 	<ul style="list-style-type: none"> Guida normativa per incorporare politiche di genere, diritti umani e equità nei sistemi sanitari, programmi di salute pubblica a agende di sviluppo.
Estonia	<ul style="list-style-type: none"> Supporto allo sviluppo di un approccio onnicomprensivo (indicatori, processi e metodi) per il monitoraggio nel lungo termine dei determinanti sociali e dell'equità nello stato di salute all'interno del Piano Nazionale per la Salute estone. 	<ul style="list-style-type: none"> Accordo su un set minimo di indicatori per il monitoraggio dell'equità nello stato di salute come parte integrante del Piano per la Salute Nazionale estone.



1 1

[Handwritten signature]

Paese	Richiesta presentata	Risultato programmato
Ungheria	<ul style="list-style-type: none"> • Supporto allo sviluppo di un Piano Nazionale per la Salute basato sulla collaborazione multisettoriale per fornire un'accelerazione nel progresso verso una migliore salute e equità nel paese. • Supporto allo sviluppo e attuazione di un programma per l'uso sistematico di dati disaggregati e metodi e approcci diversi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Maggiori capacità e conoscenze da parte delle risorse umane del ministero della salute e istituzioni afferenti nel raccogliere dati, analizzare e utilizzare i dati relativi alle iniquità nello stato di salute affinché vengano incorporati nel Piano Nazionale per la Salute e altre politiche per lo sviluppo rilevanti per il paese. • Mappatura del sistema di governance della salute - Mappatura delle politiche e delle opzioni di gestione dei determinanti sociali della salute e dell'equità in salute.
Lituania	<ul style="list-style-type: none"> • Supporto al processo per l'elaborazione del Piano Nazionale per la Salute 2020 - con particolare enfasi all'azione sui determinanti sociali della salute e ad una più incisiva azione multisettoriale nell'ambito sanitario. • Analisi della capacità di governare agendo sui determinanti sociali che influenzano la salute. 	<ul style="list-style-type: none"> • Piano Nazionale per la Salute adottato dal parlamento e equità nello stato di salute adottata come obiettivo all'interno del Piano lituano per la Salute 2020. • <i>Roadmap</i> e formazione professionale a medio termine per il rafforzamento della capacità di agire in maniera intersettoriale sui suoi determinanti sociali della salute.
Montenegro	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento della capacità di gestione e delle risorse dedicate all'azione sui determinanti sociali come parte degli impegni per uno sviluppo sostenibile e di giustizia sociale. 	<ul style="list-style-type: none"> • Piattaforma di lavoro comune tra le agenzie delle Nazioni Unite e il Governo del paese per un'azione sui determinanti sociali della salute e una riduzione delle iniquità per quanto concerne il rischio e le conseguenze delle malattie non trasmissibili. • Accordo su una <i>roadmap</i> per far confluire i determinanti sociali della salute nelle politiche e nei programmi di intervento sulle malattie croniche, finalizzato alla formulazione di un piano d'azione a breve e medio termine. • Pubblicazione del rapporto sulla capacità di governance e le opzioni per un rafforzamento dei meccanismi istituzionali finalizzate ad un impatto più efficace dell'azione sui determinanti sociali della salute e sulle iniquità nelle malattie croniche.



Paese	Richiesta presentata	Risultato programmato
Moldavia	<ul style="list-style-type: none"> Programma di formazione finalizzato al rafforzamento del know-how e della capacità di attuare un approccio che coinvolga l'insieme delle istituzioni governative e della società nella promozione dell'equità nello stato di salute. 	<ul style="list-style-type: none"> Raggiungimento dell'obiettivo prefissato dagli impegni nazionali previsti dall'adesione alla Dichiarazione di Banja Luka sull'Equità in Salute in Tutte le Politiche.
Polonia	<ul style="list-style-type: none"> Assistenza tecnica per analizzare le iniquità nello stato di salute della popolazione. Supporto all'elaborazione e svolgimento di un seminario, dedicato ai soggetti responsabili di decisioni politiche sia a livello nazionale che subnazionale, che tratti delle evidenze scientifiche e delle pratiche promettenti da utilizzare nell'attuazione di politiche intersettoriali per la promozione della salute e la riduzione delle iniquità, in linea con la strategia Salute 2020. 	<ul style="list-style-type: none"> Rapporto nazionale OMS e rapporto a livello distrettuale del Ministero della Salute sull'analisi dei determinanti sociali della salute in Polonia Capacità istituzionale e delle risorse umane nel coordinare le risorse necessarie a influire sui determinanti sociali della salute e le iniquità così come priorità identificate a livello distrettuale.
Portogallo	<ul style="list-style-type: none"> Programma di formazione finalizzato all'integrazione dei determinanti sociali, con attenzione al principio di equità, nei processi di valutazione delle politiche (come ad esempio la Valutazione dell'Impatto sulla Salute), con particolare riguardo all'impatto delle misure di austerità. 	<ul style="list-style-type: none"> 3 valutazioni sull'impatto delle misure di austerità sull'equità e raggiungimento di un accordo sull'approccio per integrare il principio di equità nelle politiche del paese.
Romania	<ul style="list-style-type: none"> Programma di formazione per il rafforzamento del know-how e delle capacità per l'attuazione di un approccio che coinvolga l'insieme delle istituzioni governative e della società nella promozione dell'equità nello stato di salute in linea con la strategia Salute 2020 e la Dichiarazione di Banja Luka sull'Equità in Salute in Tutte le Politiche. 	<ul style="list-style-type: none"> Raggiungimento dell'obiettivo prefissato dagli impegni nazionali previsti dall'adesione alla Dichiarazione di Banja Luka sull'Equità in Salute in Tutte le Politiche.
Serbia	<ul style="list-style-type: none"> Assistenza per sostenere l'impegno formale e le capacità di integrare la salute e il principio di equità nei piani nazionali di sviluppo. Assistenza al rafforzamento delle politiche intersettoriali e delle capacità di agire sui fattori determinanti di una maggiore vulnerabilità ad uno stato di salute carente. 	<ul style="list-style-type: none"> Definizione di un processo che porti ad una maggiore capacità di gestire azioni di riduzione della vulnerabilità ad uno stato di salute carente, attraverso un'azione sui determinanti sociali, Seminario Parlamentare tematico sul principio di equità nella salute come risorsa per uno sviluppo economico e sociale sostenibile ed equo.



1 1

8

ix

XVII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

Paese	Richiesta presentata	Risultato programmato
Slovenia	<ul style="list-style-type: none"> Assistenza allo sviluppo di obiettivi condivisi di equità tra diversi settori. Assistenza al rafforzamento del monitoraggio e analisi dell'equità nello stato di salute e dei determinanti sociali. 	<ul style="list-style-type: none"> Valutazione settoriale condivisa dell'impatto delle politiche sulla riduzione dei fattori che determinano la vulnerabilità sociale. 2 rapporti a livello nazionale sulle azioni intraprese per migliorare l'equità nello stato di salute tra a) le donne e b) e bambini e adolescenti.
Slovacchia	<ul style="list-style-type: none"> Assistenza per accrescere le capacità delle risorse umane sia a livello nazionale che subnazionale di effettuare una valutazione dell'impatto sulla salute (Health Impact Assessment), tenendo conto del principio di equità per permettere il raggiungimento di uno standard condiviso tra gli istituti di salute pubblica regionali nel monitoraggio dei determinanti sociali e relative iniquità nello stato di salute. 	<ul style="list-style-type: none"> Accordo su uno standard condiviso per il monitoraggio dei determinanti sociali e relative iniquità nello stato di salute, sia a livello nazionale che subnazionale.
Spagna	<ul style="list-style-type: none"> Assistenza alla pianificazione e attuazione di un pacchetto formativo a supporto degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio a favore delle popolazioni Rom nel contesto dell'iniziativa 'Decennio di inclusione dei Rom' e del lavoro portato avanti dall'Unione Europea sui Rom. 	<ul style="list-style-type: none"> Guida normativa per incorporare politiche di genere, diritti umani e equità nei sistemi sanitari, programmi di salute pubblica a agende di sviluppo.
Tagikistan	<ul style="list-style-type: none"> Assistenza tecnica per incorporare il principio di equità, politiche di genere e altri determinanti sociali all'interno di politiche e documenti programmatici come parte di una strategia onnicomprensiva di riforma della salute per il paese. Tale assistenza tecnica si basa su piani di attuazione nazionali esistenti (ad es. Piano d'Azione Alimentare e Nutrizionale) finalizzate ad un Piano Nazionale per la Salute. 	<ul style="list-style-type: none"> Sviluppo di una lista di controllo sulle modalità di integrazione dei determinanti sociali e del principio di equità nei piani d'azione condivisi, come parte integrante del processo finalizzato alla produzione di un Piano Nazionale per la Salute.
Turchia	<ul style="list-style-type: none"> Assistenza tecnica per l'elaborazione di uno studio sui determinanti sociali della salute e la loro distribuzione, che contribuisca allo sviluppo di un Piano Nazionale per la Salute coerente coi principi della strategia Salute 2020. 	<ul style="list-style-type: none"> Studio sui determinanti sociali della salute (incluso il genere) e la loro distribuzione che contribuisca allo sviluppo di un Piano Nazionale per la Salute in Turchia.
Ucraina	<ul style="list-style-type: none"> Programma di formazione ad hoc abbinato ad assistenza tecnica per lo sviluppo della bozza del profilo nazionale per l'Ucraina, per influenzare positivamente lo sviluppo, l'attuazione e il monitoraggio dei determinanti sociali della salute e le iniquità di salute correlate. 	<ul style="list-style-type: none"> Profilo nazionale sulle iniquità di salute.
Paese	Richiesta presentata	Risultato programmato
Repubblica	<ul style="list-style-type: none"> Programma di formazione per il 	<ul style="list-style-type: none"> Raggiungimento dell'obiettivo



P. 1

Ex Jugoslava di Macedonia	rafforzamento del know-how e delle capacità per l'attuazione di un approccio che coinvolga l'insieme delle istituzioni governative e della società nella promozione dei determinanti sociali e del principio di equità nello stato di salute in linea con la strategia Salute 2020 e gli impegni derivanti dall'adesione alla Dichiarazione di Banja Luka.	prefissato dagli impegni nazionali previsti dall'adesione alla Dichiarazione di Banja Luka sull'Equità in Salute in Tutte le Politiche.
----------------------------------	--	---

1.3 Attività che coinvolgono più Paesi

In aggiunta al lavoro specifico per singolo paese presentato nella sezione precedente, le attività dell'Ufficio di Venezia per il biennio 2013-14 contemplano una forte componente di lavoro che coinvolge più Paesi contemporaneamente.

Le due principali attività vengono illustrate qui di seguito:

Allargamento e gestione della Rete OMS delle Regioni per la Salute (*WHO Regions for Health Network*)

L'attuazione della strategia Salute 2020 richiederà interventi sia a livello nazionale che subnazionale. In molti Stati Membri dell'OMS Europa la gestione dei sistemi sanitari, nonché un'ampia gamma di politiche legate alla salute, sono soggette ad una giurisdizione subnazionale. Per questo motivo, azioni portate avanti a livello locale e regionale diventano cruciali per una coerenza politica necessaria all'attuazione di *Salute 2020* nei paesi. L'Ufficio di Venezia ha ricevuto mandato di coordinare, gestire ed ampliare la Rete OMS delle Regioni per la Salute allo scopo di sviluppare e testare il know-how specifico richiesto per agire a livello sub-nazionale sui determinanti sociali della salute e affrontare la sfida della riduzione delle iniquità. Nel 2013 e 2014 è stato programmato un sostanziale allargamento della Rete OMS delle Regioni per la Salute.

Da notarsi come il Veneto e la Toscana rivestano già un ruolo di primo piano nella Rete. Anche la Provincia Autonoma di Trento, l'Emilia Romagna e la Sicilia collaborano in maniera sostanziale.

Formazione sulle modalità di contrasto alle iniquità nello stato di salute

Per affrontare il complesso tema dei determinanti sociali della salute e la riduzione della differenza nello stato di salute, sia all'interno di uno stesso Paese che tra Paesi diversi, gli stati membri dell'OMS stanno richiedendo all'Ufficio di Venezia assistenza in attività di formazione che fornisca know-how e sostegno all'elaborazione di soluzioni per affrontare problemi comuni e migliorare gli interventi. L'Ufficio di Venezia sta pertanto sviluppando un partenariato tra più Paesi finalizzato alla formazione sui determinanti sociali della salute.

Questa nuova iniziativa costituirà un supporto diretto alla strategia Salute 2020 attraverso l'organizzazione di scambi di conoscenze tra Paesi su come si agisce sui determinanti sociali della salute e si riducono le iniquità.



2. Interventi principali programmati in Italia in collaborazione con il Ministero della Salute e le Regioni italiane

Oltre al lavoro di carattere europeo svolto dall'Ufficio di Venezia nell'ambito della strategia *Salute 2020*, il rinnovo dell'Ufficio offre l'opportunità di realizzare attività e servizi che abbiano un impatto diretto sul paese ospitante e sulle sue regioni, città e istituzioni. Le principali attività di cooperazione previste in Italia nel 2013–2014 sono descritte qui di seguito.

2.1 Assistenza tecnica e collaborazione per facilitare l'attuazione dei principi e degli obiettivi della strategia *Salute 2020*

La nuova strategia dell'OMS *Salute 2020* può fornire una base di partenza ideale per mettere in risalto il lavoro portato avanti dall'Italia nell'affrontare le sfide della sanità pubblica, soprattutto nella difficile situazione economica attuale. La strategia riconosce che gli Stati hanno punti di partenza diversi, differenti contesti e capacità. La cooperazione a livello europeo può accelerare lo sviluppo di conoscenze e know-how, e in tale contesto ogni paese ha importanti cose da apprendere e da condividere. Tra i benefici di questa cooperazione c'è anche l'opportunità di dare visibilità internazionale alle esperienze italiane portate avanti a livello nazionale, regionale e locale.

L'attuazione di questa collaborazione potrebbe basarsi su un formato simile a quello adottato nel 2008–2009 per l'esposizione dei principi contenuti nella Carta di Tallinn sui Sistemi Sanitari. Facendo riferimento a quell'esperienza positiva, si propone di ampliare il meccanismo per sostenere le istituzioni italiane nell'attuazione dei principi contenuti nella strategia *Salute 2020*.

Molti dei 53 Stati Membri della Regione Europea dell'OMS, Italia inclusa, devono affrontare sfide serie nell'ambito della salute pubblica, con divari nello stato di salute costanti o addirittura crescenti, e devono fornire servizi in maniera equa e sostenibile.

Le attività proposte permetteranno all'Italia e alle sue regioni di lavorare assieme per scambiare informazioni e pratiche innovative, arricchendo la capacità istituzionale e le risorse umane individuali, in linea con la strategia *Salute 2020*. I prodotti essenziali consistono nel creare:

- una rete interregionale per lo scambio di conoscenze, sia formale che informale;
- un sito web con un forum per lo scambio e la diffusione di “buone pratiche”;
- una dibattito ad alto livello (policy dialogue) tra i soggetti responsabili di decisioni politiche su come dare una risposta efficace ai nuovi scenari, come prepararsi ai cambiamenti economici e sociali, gestendo al meglio le possibili crisi. In particolare, come portare avanti i cambiamenti richiesti per fronteggiare l'attuale crisi finanziaria evitando o almeno minimizzando l'impatto sui gruppi vulnerabili della popolazione italiana; e



- uno strumento informatico interattivo che presenti dettagliatamente esempi di “buone pratiche” esistenti in Italia..

Inoltre l’Ufficio di Venezia potrebbe facilitare lo scambio di conoscenze con Paesi in situazioni simili – separatamente o come parte di uno dei prodotti già menzionati.

Tramite questa attività, l’Italia potrebbe presentarsi come leader tra Paesi con economie avanzate per l’implementazione della strategia *Salute 2020*.

2.2 Sviluppo di un programma speciale, di durata biennale, tra OMS e il Ministero della Salute nell’area della promozione della salute e della riduzione delle iniquità

Il programma è rivolto al personale di livello dirigenziale che sia coinvolto nell’elaborazione di politiche, o responsabile di servizi di sanità pubblica, a livello regionale o locale. Lo scopo è introdurre un nuovo approccio alla salute che consenta ai partecipanti di:

- introdurre delle pratiche innovative in sanità pubblica, in particolare l’approccio “Risorse salutogeniche per la salute” (Assets for Health);
- approfondire la comprensione delle nuove sfide e opportunità a livello locale, regionale e nazionale, per promuovere la salute della popolazione, proteggere e migliorare quella dei gruppi vulnerabili, monitorare e ridurre le iniquità di salute causate da fattori economici, sociali e ambientali;
- accrescere le conoscenze sulle pratiche legislative, organizzative e manageriali attualmente adottate in Europa per promuovere la salute e ridurre le iniquità; e
- utilizzare strumenti e metodologie efficaci per valutare e rafforzare i piani di lavori correnti e futuri in questo settore (ad esempio i piani per la salute regionali e locali).

Questa è un’area di lavoro che raccoglie sempre maggiori richieste da parte delle autorità socio-sanitarie italiane a livello nazionale, regionale e locale. Perciò questo programma è disegnato per fornire delle risposte sistematiche e sostenibili a tali richieste.

Sin dall’apertura dell’Ufficio di Venezia nel 2003 i suoi funzionari sono stati invitati a più di 100 eventi in Italia, dove la necessità di conoscenze aggiornate sulle pratiche migliori per interventi efficaci di promozione della salute si è manifestata soprattutto da parte delle regioni italiane e delle loro aziende sanitarie locali. Tramite questo programma l’Ufficio di Venezia può sostenere l’Italia nel colmare un divario formativo presente nel Paese sulle nuove metodologie di promozione della salute, sulle pratiche per ridurre le iniquità e proteggere i gruppi vulnerabili. Non solo si esamineranno delle problematiche e i metodi per risolverle, ma si valuteranno anche le risorse e gli elementi positivi che esse presentano, al fine di capitalizzare le risorse salutogeniche presenti in Italia. In questo modo si darà visibilità anche a ciò che le regioni italiane fanno bene, con l’intento di salvaguardare e rafforzare queste risorse e aiutare altre regioni ad replicarle.



Questo è un momento opportuno per affrontare in maniera sistematica le esigenze del sistema socio-sanitario italiano ai vari livelli della struttura regionale, tramite il coordinamento del Ministero della Salute e l'attivo coinvolgimento delle regioni italiane.

Un crescente corpo di conoscenze dell'impatto sullo sviluppo economico inerente efficaci programmi di promozione della salute e prevenzione delle malattie dimostra come è possibile contenere le spese sanitarie, ma solo se si affrontano anche le iniquità in salute e si sostengono i gruppi più vulnerabili. Per trarre giovamento da questi benefici è necessario che il sistema socio-sanitario disponga di risorse umane adeguate, dotate di specifiche abilità e capaci di lavorare intersettorialmente. Ciò implica la creazione nuove modalità lavorative, che incoraggino nuove forme di collaborazione tra professionisti della tutela della salute, dei servizi sociali e dello sviluppo locale e regionale.

Questo programma biennale potrebbe diventare un passo importante e concreto per dare un seguito a livello nazionale e regionale al training richiesto all'Ufficio di Venezia da parte del Ministero della Salute nell'ambito della conferenza nazionale "Guadagnare Salute" (Venezia, 21-22 giugno 2012). Mentre il training della conferenza "Guadagnare Salute" è aperto solo a due rappresentanti per ciascuna regione italiana, questo programma biennale sarebbe accessibile a un numero di risorse umane molto più esteso.

Per ottenere dei progressi in questo settore è necessario formare una massa critica di risorse umane adeguatamente preparate e inserite nella struttura decentralizzata del sistema socio-sanitario italiano. Pertanto, tramite il coordinamento del Ministero della Salute, si propone di formare una massa critica di circa 200 professionisti (12 provenienti da ciascuna delle regioni italiane più densamente popolate e 6 da ciascuna di quelle minori), in modo da poter garantire interventi sostenibili in quest'area di lavoro molto richiesta.

Il periodo biennale consentirà lo sviluppo del programma in fasi ben definite. Ciascuna fase sarà caratterizzata da tematiche tecniche, a volte interconnesse, che saranno destinate a un insieme distinto di regioni, raggruppate a seconda di esigenze comuni. Ogni fase prevede circa 50 ore di formazione, i cui dettagli verranno sviluppati in un momento successivo da uno speciale gruppo di lavoro (Task Force), creato dal Ministero della Salute e dall'Ufficio di Venezia, per progettare, implementare e monitorare il programma.



12

2.3 Ulteriori benefici per l'Italia derivanti dall'ospitare l'Ufficio di Venezia

Ospitare l'Ufficio di Venezia apporterà ulteriori benefici all'Italia, derivanti dalla maggiore accessibilità all'esperienza tecnica fornita dall'Ufficio nel miglioramento di politiche socio-sanitarie locali e nazionali. Alcuni esempi sono:

- **Organizzazione di seminari tecnici.** L'Ufficio di Venezia può organizzare regolarmente dei seminari su tematiche prioritarie per l'Italia e le sue regioni. A seconda della tematica, i destinatari possono provenire dal settore socio-sanitario a livello nazionale o regionale, essere formato da politici o dirigenti sanitari.
- **Consulenza lampo su richiesta delle autorità italiane.** L'Ufficio di Venezia può fornire un riscontro su buone pratiche ed evidenze scientifiche che siano di supporto a riforme e programmi di sviluppo a tutela della salute. Ciò comprende anche consulenze sul principio di equità in salute.
- **Assistenza tecnica e scientifica a conferenze nazionali e regionali.** L'Ufficio di Venezia è disponibile a fornire input di carattere scientifico a eventi di sanità pubblica a livello nazionale e subnazionale. Questo lavoro può essere maggiormente formalizzato come parte del contributo dell'Ufficio OMS all'Italia, in coordinamento con il Ministero della Salute e le istituzioni italiane.
- **Consulenza e guida su come affrontare le iniquità di natura sociale.** Ciò può includere supporto nella preparazione di rapporti e analisi delle iniquità sociali a livello regionale e locale.
- **Contributo scientifico a master patrocinati da istituzioni nazionali e regionali.** Questo tipo di assistenza è già stato fornito in passato a due master patrocinati dalla Regione del Veneto. Ciò può essere esteso ad altre istituzioni nazionali e regionali che patrocinino master, o altri percorsi di specializzazione di rilevanza nazionale e internazionale, inerenti le aree di lavoro dell'Ufficio di Venezia.
- **Maggiori opportunità di partenariato internazionale per le istituzioni italiane.** L'Ufficio di Venezia può rivestire il ruolo di intermediario nell'istituzione di rapporti con enti internazionali nel campo della ricerca, della medicina o della salute pubblica, che siano di interesse per l'Italia nel raggiungimento dei valori e degli obiettivi della strategia *Salute 2020*. Questo rafforzerebbe ulteriormente la capacità delle istituzioni italiane e il loro potenziale nella mobilitazione delle risorse a medio termine.
- **Rafforzamento delle risorse umane.** Formazione di giovani professionisti italiani tramite periodi di stage o di distacco a breve e medio termine presso l'Ufficio di Venezia. Ciò può essere ulteriormente rafforzato tramite l'intermediazione dell'Ufficio di Venezia per scambi formativi con altre istituzioni europee e internazionali.
- **Visibilità al lavoro dell'Italia.** Durante fora europei e internazionali l'Ufficio di Venezia può accrescere la visibilità dell'Italia promuovendo in tali sedi le pratiche promettenti svolte nel paese.



[Handwritten signature]

MEMORANDUM OF AGREEMENT

between

The Government of Italy

and

*The World Health Organization
Regional Office for Europe*

*Concerning the WHO European Office for Investment for Health and Development,
located in Venice, Italy*

Preamble

A Memorandum of Agreement between the Government of Italy and the World Health Organization, Regional Office for Europe, for the establishment of the WHO European Office for Investment for Health and Development was signed in Rome on 11 January 2001 and was ratified by the Italian Parliament with Act no. 12 dated 15 January 2003 and notified through publication in the Official Italian Gazette no. 29 dated 5 February 2003. The Memorandum of Agreement entered into force on 1 June 2003 following an exchange of *Notes Verbales* between the Embassy of Italy in Denmark (25 April 2003) and the World Health Organization, Regional Office for Europe (2 May 2003) and is valid for a period of 10 years, thereby ending on 31 May 2013.

With the objective of further strengthening this collaboration and of pursuing jointly the objectives of promoting health and reducing health inequities between and within Member States through the strategies foreseen in the new WHO European Policy Framework "Health 2020", the WHO Regional Office for Europe and the Government of the Republic of Italy

hereby agree

that the World Health Organization, Regional Office for Europe (hereinafter referred to as "WHO/EURO") shall maintain a project office called the WHO European Office for Investment for Health and Development in Venice, Italy, for a further initial five-year period starting from 1 June 2013 renewable for further 5 year periods (see Article 11.3 below).



L

Article 1**Organizational Structure**

1. The Office shall retain the name of "WHO European Office for Investment for Health and Development", hereinafter referred to as "the Venice Office". The Venice Office shall be an integral part of the WHO Regional Office for Europe.
2. The Regional Director of WHO/EURO shall select and appoint a senior staff member as the head of the Venice Office. The head of the Office shall act under the terms of reference and delegation of power established for that purpose by WHO/EURO. The staff of the Venice Office will remain *at regimen* the equivalent of 12 staff members (professional and general service positions), subject to availability of funding.
3. The Venice Office shall have a Liaison Board with the mandate to review on a regular basis (minimum annually), the existing profile of the Venice Office (and to elicit the hosts' views on any changes in their priorities), outstanding legal and host agreement issues, and any scientific advice with respect to the work plan of the Venice Office. The Board shall consist of 3 members appointed by the Regional Director who have experience in the activity areas of the Venice Office; they shall be appointed for the duration of this agreement. The Regional Director and the Italian authorities shall jointly nominate one member each from the Italian national Ministry of Health, from the Veneto Region and from the Regional Office in Copenhagen. The formal evaluation of the activities of the Venice Office shall be carried out as part of the regular WHO Regional Office wide process on the basis of a biennial report prepared by the Venice Office (showing delivery against the approved Programme Budget), which shall be shared with the members of the Board and used as the basis for the above mentioned scientific advice.
4. The Venice Office shall be an integral part of WHO/EURO and fully integrated within its structure and workplan. The organizational structure and activities of the Office shall be in accordance with the Constitution, rules and policies of WHO. WHO/EURO shall be responsible for the organization, administration, management, direction and guidance of the work of the Venice Office with the Head of the Office reporting to WHO/EURO.

Article 2**Activities**

1. The Venice Office shall, within its field of competence, help the Member States at national, sub-national and local level in implementing the health investment strategies which places the promotion of health at the centre of human, social and economic development, in line with the European health policies. Health for All, and the European Health Policy framework "Health 2020".
2. In operational terms, besides health information and education programmes, the Venice Office shall perform two major functions:
 - (a) The monitoring, review and systematization of the increasing new research findings on the determinants (social and economic) of population health.
 - (b) The provision of services, technical assistance to, and cooperation with, Member States to enhance their capacity (at national and sub-national level) to act upon the evidence of the social and economic determinants of health within the framework of Health2020. This will better enable Member States to invest for health and position the promotion of health at the centre of their development agenda.



The main areas of work and activities to be carried out by the Venice Office will be in line with the component of the Programme Budget allocated to the European Region. With respect to 2012-13 biennium, the main areas of work and activities have been summarized in Annex I and Annex II to the present memorandum.

3. The activities of the Venice Office will integrate the health promotion activities related to the determinants of health of WHO/EURO in line with the "Health 2020" strategy. The WHO information system will be used to support the activities of the Venice Office as necessary.

Article 3

Premises

1. The Office shall be located in the building currently provided for by the Veneto Region, whose costs are established in the lease contract of 24.02.2012, registered in Venice on 28.02.2012 (n. 1215 - Atti Privati), without any additional cost to be charged to the Region.
2. The WHO flag and emblem shall be used in accordance with the World Health Organization Flag Code and Regulations, resolutions and practices.
3. If it is agreed between the Veneto Region and WHO/EURO that the Venice Office shall be relocated within the Veneto Region, the obligations of the Veneto Region set out in this article shall continue in respect of the new location whose costs, for the Veneto Region, shall not exceed the costs established in paragraph 1 of in this article. In case of relocation, the Veneto Region shall not be responsible for any expenses associated with such relocation. The present Agreement will be considered null and void in case of relocation outside the Veneto Region.

Article 4

Contribution of the Ministry of Health of the Republic of Italy and of the Veneto Region

1. In addition to its obligations under Article 3.1, the Veneto Region shall provide to WHO/EURO an annual contribution of 300 000 EUR. The Ministry of Health shall provide to WHO/EURO an annual contribution of 600 000 EUR. The contributions referred to in this paragraph shall be used exclusively to cover the costs of personnel employed in the Venice Office, operational programme costs as well as operational activities.
2. The funds in EUR shall be transferred in two annual shares, of which the first in January and the second no later than the 30 June of each year to a designated bank account of WHO. WHO/EURO will instruct the Veneto Region and the Ministry of Health as to the bank account details.

Article 5

Personnel

1. All staff of the Venice Office, including any staff seconded to it, shall be staff members of WHO, shall be subject to the Staff Regulations and Rules of WHO, shall have the status, rights of WHO staff and be WHO officials for the purpose of the application of immunities and privileges accorded for the free exercise of their function. The recruitment and management of the staff of the Venice Office shall be in accordance with WHO's regulations, rules and procedures.



Handwritten signatures and initials, including a large stylized signature and the number '17'.

2. Within the terms of this Memorandum of Agreement, the staff of the office shall be subject to recruitment in accordance with WHO regulations, rules and procedures. The duration of appointments, and the duration of any extension of appointments, shall be determined in accordance with WHO rules, and shall be contingent upon the assurance of sufficient funds.

3. Additional personnel may be seconded to the Venice Office from the Veneto Region, other Italian Regions and Institutions, the Government of the Republic of Italy, or any WHO Member State, international organization or any other organization subject to an agreement concluded with WHO. Such seconded staff may be in the professional or general service category.

4. Fellows, associate professional officers and interns may also be assigned to the Venice Office.

5. Exchange of personnel (professional and general service staff) between WHO/EURO and the Venice Office may take place according to needs and subject to WHO rules, at no additional cost to the Ministry of Health and the Veneto Region.

Article 6

Contribution of WHO/EURO

1. WHO/EURO shall maintain a separate account for the contributions transferred for the Venice Office, showing all receipts and expenditures of the Venice Office, in accordance with the financial rules, regulations and practices of WHO. Any interest accruing on the funds shall be calculated and credited according to the financial rules, regulations and practices of WHO.

2. All financial records shall be expressed in US dollars. Income and expenditure in other currencies shall be converted into US dollars at the United Nations rate of exchange applicable on the dates of such transactions.

3. WHO/EURO shall guarantee that the financial transactions relating to funds will be:

- a. recorded in a comprehensive internal control procedure based on the regulation, rules and practices applicable in WHO.
- b. carried out in strict accordance with the financial regulations, rules and practices currently applicable in WHO.

4. The administrative financial management of expenditures related to the Venice Office is subject to the internal and external audit and to the financial regulations, rules and practices applicable in WHO.

5. WHO/EURO shall endeavour to secure supplementary funding for the work of the Venice Office from sources other than the Ministry of Health and the Veneto Region, with a view to substantially increase the total budget for all costs including operational programme costs and operational activities¹.

6. Within the operation of the Venice Office, WHO/EURO shall give full and thorough consideration to proposals by the Ministry of Health and the Veneto Region for technical assistance and cooperation activities to be implemented in Italy falling within the mandate of the Venice Office. The Venice Office will offer opportunities for close cooperation with all Member States of WHO/EURO including the host country.

¹ Progress in this respect is in hand with a pledge from the Republic of San Marino for 250.000 EUR already received by WHO/EURO



11

17

18

Article 7**Collaboration between the Venice Office and Italian Institutions**

1. In the framework of the bilateral cooperation between Italy and WHO/EURO, the Ministry of Health of the Republic of Italy shall explore most effective opportunities to involve the Venice Office in activities promoted at sub-national, national and international level by the Ministry in line with the Italian National Health Plan and in conformity with the mandate of the Venice Office as stipulated in Article 2 of the present Memorandum. Moreover, the Ministry of Health and the Veneto Region shall explore any other possible collaboration between the Venice Office and Technical and Scientific Institutions of the National Health Service and other relevant institutions in their areas of competence.

Article 8**Privileges and Immunities**

1. The Venice Office, its operation, as well as its premises, property, funds, assets, archives, communications and staff, shall be subject to the Convention on the Privileges and Immunities of the Specialized Agencies and Annex VII thereto, adopted by the First World Health Assembly of WHO on 17 July 1948 (hereinafter referred to as "the Convention"), to which Italy has acceded on 30 August 1985 with respect to WHO.

Article 9**Workplan**

1. The present Memorandum of Agreement shall include a detailed work plan covering the first biennium of activities within the time-span covered by the agreement as well as a forecast of the main areas of activities for the period covered by this agreement as set in Annex I and Annex II. The work plan of the Office shall be in accordance with the biennial planning cycle of WHO.

Article 10**Evaluation of the Work of the Venice Office**

1. An evaluation of the activities of the Venice Office shall be carried out every two years on the basis of reports presented to the WHO/EURO Regional Office according to WHO procedures. In addition to the biennial report of the activities of the Venice Office, yearly progress reports shall be produced in accordance with WHO/EURO guidelines. These will be also discussed at the annual meetings of the Venice Office Liaison Board.

Article 11**Final Provisions**

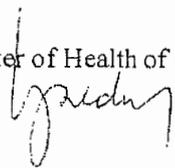
1. The present Memorandum of Agreement shall enter into force the 1st of June 2013, subject to the last notification by the Parties of the completion of the necessary formalities foreseen by the respective legislation or regulations of either party, including parliamentary ratification.



2. The effective implementation of the present agreement is subject to the adoption by the Veneto Region of the necessary administrative acts related to its financial commitments under Articles 3 and 4.
3. The present Memorandum of Agreement shall remain in force for 5 years from the date of its entry into force. It shall be renewable for further 5 year periods on the basis of agreement between WHO/EURO, the Ministry of Health and the Veneto Region and of an evaluation by the Liaison Board after 4 years.
4. Each of the parties shall have the right to terminate the Agreement at any time given six- months notice in writing, after which all obligation assumed by the parties and all the activities shall cease. Upon final closing of all financial obligations with respect to the Venice Office and its staff, WHO shall provide a financial report on expenditures and any surplus of funds held by it for the Office. Any such surplus of funds shall be returned to the Government of the Republic of Italy or the Veneto Region, as the case may be, within six months from the date of the end of the agreement.
5. Any amendment to the present Memorandum of Agreement shall be effected by mutual agreement of the Parties through a written document affirming to be an amendment of this Memorandum.
6. Any notice or request required or permitted to be given or made under the present Memorandum of Agreement shall be in writing.
7. At the request of WHO or the Government of the Republic of Italy, consultations shall take place with reference to the implementation, modification or revision of this Memorandum of Agreement.
8. Any dispute relating to the interpretation or application of this Memorandum of Agreement shall, unless amicably settled, be subject to conciliation. In the event of failure of the latter, the dispute shall be settled by arbitration. The arbitration shall be conducted in accordance with the modalities to be agreed upon by the Parties or, in the absence of agreement, with the Arbitration Rules of the United Nations Commission on international Trade Law in effect at the date of signature of this Memorandum. The Parties shall accept the arbitration award as final.

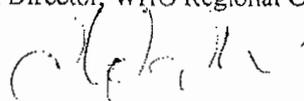
The undersigned, duly appointed representatives of the Government of the Republic of Italy and the World Health Organization respectively have, on behalf of the Parties, signed the present Memorandum of Agreement in *ROME*..... on *23/11/2012*. in two originals, each in Italian and English languages, all texts being equally authentic. In case of any divergence, the English text shall prevail.

Minister of Health of Italy



Date:

Regional Director, WHO Regional Office for Europe



Date:

President of the Veneto Region



Date:



ANNEX I

Main areas of activities of the Venice Office

The main areas of activities aim to provide support to decision makers such as senior government officials (at national, regional and local levels) and to political authorities, with particular regard to the social and economic determinants of health and the reduction of health inequities. These are:

- *Organizational development*: the implementation of “Health 2020” will require innovation in health systems and health policy, modernization of public health intervention and infrastructure, and the creation of incentives and know-how for intersectoral cooperation. The Venice Office will support countries in need and advice to governmental authorities at national, regional and local level to act upon the new research findings in the area of health determinants and to implement Health 2020 values, objectives and principles, including but not limited to, Health Equity in All Policies and Life-cycle- and Whole of Government approaches to include them in relevant-programmes and country practices;
- *Manpower development*: the implementation of “Health 2020” requires the development of appropriate know-how and the utilization of human resources within the health sectors and cross-government with updated knowledge and skills. Thus, in the domain of its area of expertise the Venice Office will cooperate with Member States for the organization, deployment and sustainment of training programmes for experts in the field of public health, social and economic development, nationally, sub-nationally and European-wide;
- *Study and monitoring*: in the time-span covered by this renewal, the Venice Office will particular focus on supporting and increasing the capacity of countries with low capacity in research and monitoring to collect, analyze and utilize data related to social and economic determinants of health and related health inequities. The increased capacity of countries to produce periodic national and sub-national reports of trends in health inequities and the identification of their causes will be the main product of this activity;
- *Advocacy*: to organize top level fora for policy makers and planners on health promotion and find ways to address the social and economic determinants of health as well as tackle health inequities;
- *Policy support*: to provide operational tools and advice when requested by governments and Parliaments of the Member States and/or their Regions, studies and analyses of relevant situations to promote optimal investments for health in line with H2020 goals, values and principles;
- *Partnership development*: to foster partnerships between Member States to share knowledge, facilitate know-how development and information exchange in the technical areas covered by the Venice Office;
- *Fieldwork*: to support Member States in their efforts to develop, test and apply new tools for building programmes and policies aiming at strengthening the health ability of individuals throughout their life cycle (particularly in the present time of rapid social and economic change and difficulties) and strengthen health systems in addressing challenges of vulnerability and inequities.



11

5

lx

Annex II

Action Plan of Activities in biennium 2013-2014

This annex describes the key role of the Venice Office in supporting countries in the implementation of Health 2020 nationally and sub-nationally.

The annex also describes the main areas of work that will be undertaken and delivered in Italy in cooperation with the Ministry of Health. It covers actions planned for the first biennium of the five-year renewal period, 2013-2014.

1. Role of the Venice Office in the implementation of Health 2020 and support to countries in need

Since its official opening in 2003, and in line with the original memorandum of Agreement between WHO Europe and the Italian Government, the WHO European Office for Investment for Health and Development (Venice Office) has supported European countries and institutions in increasing their capacity to address the social and economic determinants of health and tackle health inequities. This has included technical assistance delivered in over 30 individual countries, major inter-country initiatives and technical consultations (described in the Venice Office's biennial reports) and over 60 scientific publications and reports.

It has been recognized by several sources that the work of the Venice Office has allowed the whole area of the social determinants of health to take centre stage in the policy agenda of many countries, nationally and sub-nationally.

The Venice Office has also played a key role globally with its contribution to the WHO Commission on the Social Determinants of Health, which published its report in 2008 and had a major impact on WHA Resolution WHA62.14 on reducing health inequities through action on social determinants in 2009. More recently, it has provided the European input into the proceedings that led to the adoption of the Rio Political Declaration on the social determinants of health in 2011. In advancing the domain of the social determinants of health and the policy priority to reduce socially-caused health inequities, the Venice Office has also provided technical assistance to Member States



L

S

W

during their EU presidencies (including UK, 2005; Slovenia 2008; Spain 2010; and Poland 2011).¹

Furthermore, the Venice Office is playing a strong role in supporting the health and equity dimensions of European and global frameworks and the implementation of WHO governing body resolutions. These include the Decade of Roma Inclusion and the EU Framework on National Roma Integration Strategies, Resolution RC/52/R7 on poverty and health, Resolution WHA 61.17 on migration and health, and the Millennium Development Goals.

With the adoption of the new policy framework known as “Health 2020” (H2020), the key areas of work of the Venice Office have become even more relevant. The mission of the Venice Office as stated above is to support countries in the implementation of Health 2020 by strengthening their capacities to address the determinants of health and tackle health inequities.

The Venice Office therefore plays a crucial role in implementing the two strategic objectives set out in H2020, specifically:

- Improving health for all and reducing health inequalities;
- Improving governance for health.

1.1 Increased support to countries within the Health 2020 framework

The renewal of the Venice Office’s mandate makes it possible to ensure that vitally needed and tried and tested technical resources are in place to support the values and goals of improving European solidarity through action on the social determinants of health and reduction of health inequities. This is particularly essential at the present time, as many of the 53 Member States of the European Region of the WHO face serious challenges with the emergence of new forms of poverty and related health risks coupled with persistent or widening gaps in health at the local, regional and national levels.

As indicated in Health 2020, addressing these challenges requires adequate capacity, institutional arrangements and know-how capable of implementing effective policies, services and programmes both within health sectors and across government departments. The activities and cooperation developed through the Venice Office are designed to move forward the Health 2020 goals of equity and solidarity in health for all.

A recent review of successes and failures in addressing the social determinants of health carried out by the Venice Office found significant capacity gaps among European

¹ EU Presidency Themes: a) UK 2005, Tackling Health Inequalities b) Slovenia 2008, Cross Sectoral Policies for Diet and Physical Activity c) Spain 2010, Moving forward Equity in Health – Monitoring Social Determinants of Health and the Reduction of Health Inequalities d) Poland 2011, Closing Health Gaps within the European Union.



1-5

W

lower income country groups to improve capacity to implement public health programmes that deliver more equitable outcomes by addressing social determinants and making health systems more equity-focused. This goes beyond ensuring equity of access to embrace also equity in treatment and service provision through to equity in health impacts and outcomes.

The evidence about the nature and extent of inequalities in priority public health conditions (PPHC) such as TB, CVD, tobacco and alcohol use, sexual and reproductive health including causal pathways and key social determinants has grown in the past 10 years. The Venice Office has contributed to the development of a global knowledge network to provide know-how to improve the outcome of 14 selected priority public health services or programmes. The findings indicate that there is ample opportunity for improving the focus in social determinants of health in the design and delivery of PPHC programmes so as to improve health equity.³ The Venice Office is working with requesting countries to implement these findings in order to better integrate social determinants and gender into public health programmes and strengthen health systems for improved health equity. This includes technical assistance to Member States to develop inequalities profiles on obesity, alcohol and or tobacco use, and integrating an equity focus into health systems performance assessment. Some of the items requested are outlined in Table 1 below.

The Venice Office coordinates a similar evidence review within the WHO European Region. The review looks specifically at interventions to tackle inequalities in CVD, TB and alcohol, given their contribution to disease and mortality within the European region. The key findings of this work have led to a number of conclusions, which will be transferred into specific recommendations and policy guidance during the first year (2013) of the Venice Office renewal period. Key areas covered by the policy guidance focus on strengthening health systems in order to tackle health inequalities. This has two dimensions: (a) guidance to ensure that the health sector does not make inequalities worse, which includes ensuring better intrasectoral working within the health system, across levels of care and also between priority public health programmes and the system; and (b) guidance to improve and accelerate collaboration with sectors other than health for upstream action on the social determinants of health (e.g. social protection interventions for TB control). The Venice Office provides services to countries requesting support to utilize such policy guidance within their processes of reforms and/or development of specific interventions and programmes.

- ***Strengthening Multisectoral Policies and Approaches to Health, including Increasing the Leadership Role of Ministries of Health in Delivering Equity in Health in All Policies***

Addressing many social determinants of health and health inequities such as housing, education, employment, gender and ethnicity, involves engagement of sectors in addition to those working within the health community. The Venice Office supports Ministries of

³ http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563970_eng.pdf



1.1

Handwritten marks and signatures on the right side of the page, including a large 'C' and a signature.

Health and Governments in cross sectoral analysis of policies and investments that impact on health and health inequities. The support provided is used to engage different sectors and stakeholders in dialogue on the best options to strengthen the coherence of government policies to redress current patterns and magnitude of health inequities across the whole population. Country products include new cross sectoral models of working for health and strengthened policy design and delivery models to address underlying social determinants of health inequities.

A related area of work requested by several Member States is to support efforts in advocating for the inclusion of health and health equity as key objectives in national and regional development plans. Demand arises from countries wishing to position health as an important resource for development and use measures of health equity as markers of fair and sustainable growth. The importance of this has been highlighted by Member States concerned about the impact of austerity measures on public policies and worries about challenges to traditional European values of solidarity⁴. This is an area of work where the Venice Office has been providing technical assistance to Member States for many years under its programme of *Investment for Health and Development*. Country products can include parliamentary sessions to build political commitment to health equity, supporting economic analysis of social determinants, using findings to integrate health and equity goals into development plans and investment frameworks, providing guidance on strengthening laws and introducing accountability mechanisms for social determinants of health and equity. It is anticipated that there will be an increase in country requests for support in this area during the period of economic hardship now facing European Member States.

- ***Strengthening Participatory Approaches to Improving Health and Reducing Health Inequities***

People's health chances are closely linked to the conditions in which they are born, grow, work and age. Acting on these social and economic conditions is at the heart of a social determinants approach to improving health. Engaging people in improving living and working conditions through participatory approaches in partnership with statutory and third sector organizations increases the impact and sustainability of interventions to address social determinants of health and inequities.⁵ Such engagement contributes to strengthening individual and community capacity and resilience. Resilient communities respond proactively to new or adverse situations, prepare for economic, social and environmental change and deal better with crisis and hardship. In view of rapidly changing environments and their impact on daily living and working conditions many countries are recognizing the need to strengthen models of participation in the way health and public policies and services are designed, delivered and reviewed. The Venice Office is responding to this need by supporting countries in applying evidence and testing new

⁴ Stuckler D, Basu S, McKee M. Budget crises, health, and social welfare programs. *BMJ* 2010; 340:c3311

⁵ - CSDH. 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. Geneva. World Health Organization, 2008.

- Living well across communities: prioritizing well-being to reduce inequalities. NHS North West. Manchester. NHS NW, 2010.



Member States in these areas.² Demand for support in strengthening policy and governance of social determinants of health and reduction of health inequities, always high, is actually increasing at the present time. This is reflected in the number and type of requests for technical assistance from Member States. For the period 2012-2013 there have so far been requests from 23 WHO European Member States for direct in-country support. Moreover, the Venice Office also provides technical assistance and capacity building at a sub-regional level and multi-country support. These activities will potentially involve an additional 11 WHO European Member States, coming to a total of 33 countries.

At the same time as Europe faces growing inequities in health there is increasing concern about rising health care costs and the sustainability of public services linked to the implementation of austerity measures, a drive for more efficient use of public resources and a focus on economic growth and recovery. The recent effects of the economic downturn in western, central and eastern Europe and the ongoing challenges of countries in the Balkans, Caucuses and central Asia are associated with a heightened risk of poor health, much of it stemming from the adverse impact of factors such as barriers to access of quality health services including prevention and health promotion, poor housing, rising unemployment and inadequate social protection measures. All these are major social determinants of health which impact differentially on populations, resulting in inequities in the opportunity to be healthy and in increasing risks of poor health and premature death.

The Venice Office has developed a range of tools, services and partnerships to support countries in directly reviewing and strengthening public policy responses and institutional capacities to act on the underlying social determinants of health and health inequities. Key action areas of the Venice Office's work in response to the needs of Member States include:

- *Strengthening the Equity Impact of Public Health Programmes and Health Systems*

Containing health care costs is currently a key priority for governments and ministries of health across all European Member States. A growing body of studies on the economics of disease prevention show how health costs can be contained – but only if they also address health inequalities across the social gradient and support those most at risk of factors leading to poor health. At present, in many European countries, governments spend only a small fraction of health budgets on disease prevention and health promotion and do not systematically address inequalities. Social and technological advances provide important new opportunities to achieve health benefits, as do efforts to protect and improve the impact of universal policies for health and social protection. As a result, there has been a significant increase in calls from Member States from higher middle and

² Harrison, D., Ziglio, E. Burns, H and Brown, C. (2012) Report of the Task Group on Governance and Delivery Mechanisms. Venice: European Office for Investment for Health and Development. WHO Regional Office for Europe. (to be published later in 2012)



11

approaches which strengthen community engagement and build local assets for health and development. Further analysis and support in integrating these approaches into mainstream practice is also a main output of this area of the Venice Office's work with Member States.

• *Decision Support Tools and Promising Practices*

Reducing inequities is recognised to be a highly complex undertaking. There is increasing demand from Member States for know-how and solutions that work in practice. In order to meet this need from countries, the Venice Office undertakes regular rapid reviews of evidence and promising practice in addressing the social determinants of health and reduction of health inequities. Products include thematic policy briefs, cross country synthesis reports, web-based tools and guidance materials. These serve as decision-support instruments for Member States to aid option appraisal and refinement of approaches to improve equity in health for all.

1.2 Specific requests for support from countries to be delivered in 2013–14

During the first biennium of the renewal period, the Venice Office will provide the support through specific technical assistance to the countries listed in Table 1. These countries have already requested technical assistance through formal processes including Biennial Collaborative Agreements (BCAs) and other types of cooperation.

Table 1. – Countries in Need – Services of Technical Assistance to be delivered by the Venice Office in its first biennium of renewal as part of formalised BCAs and other agreements.

Country	Type of request made	Planned Outcome
Albania	<ul style="list-style-type: none"> Capacity building programme to implement "whole of government" approaches as indicated in Health 2020 with focus on health promotion for vulnerable segments of the Albanian population and reduction of health inequities 	<ul style="list-style-type: none"> Increased capacity of key personnel in health ministry and institutions to advocate for health equity across government departments
Bosnia & Herzegovina	<ul style="list-style-type: none"> Targeted capacity building programme to enable development of health inequalities profile for BiH to better inform and align policy development consistent with principles of Health 2020 Delivery of special training to selected personnel in health ministry and institutions to implement whole of government and society approaches to the promotion of health and reduction of health inequities in line with Health 2020. 	<ul style="list-style-type: none"> Health inequalities profile using tracer conditions such as TB and or CVD. Meet the target of National Policy Commitments to the Banja Luka Declaration on Equity in Health in All Policies.



1

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

XVII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

Bulgaria	<ul style="list-style-type: none"> • Develop a programme to strengthen know-how in implementing whole of government approaches targeted to selected personnel in health ministry and other national institutions with focus on the reduction of health inequities in line with Health 2020. • Support in multi-country activities on Roma health (focusing on MDGs 4 and 5 in the context of the Roma Decade and EU work on Roma inclusion) 	<ul style="list-style-type: none"> • Increased skills and know-how of country national human resources to develop and sustain practices for whole of government approaches to the promotion of health and reduction of health inequities • Resource package and training on integrating Roma and equity concerns across policies and programmes for progress in MDG 4 and 5
Croatia	<ul style="list-style-type: none"> • Capacity Building Programme to implement whole of government and society approaches to the promotion of health equity, including exchange of promising practices and innovations in policy formulation 	<ul style="list-style-type: none"> • Meet the target of the National Policy Commitments to the Banja Luka Declaration on equity in Health in All Policies
Czech Republic	<ul style="list-style-type: none"> • Support to mainstream a social determinants of health approach into health systems strengthening and overall health and development agendas 	<ul style="list-style-type: none"> • Normative guidance on incorporating a gender, human rights and equity focus into health systems, public health programmes and development agendas.
Estonia	<ul style="list-style-type: none"> • Support to develop a comprehensive approach (indicators, process and methods) for monitoring social determinants and health equity in the Estonian National Health Plan over the longer term. 	<ul style="list-style-type: none"> • Agreement on minimum set of indicators for monitoring health equity as part of the Estonian National Health Plan.
Hungary	<ul style="list-style-type: none"> • Support the development of a National Health Plan based on multisectoral collaboration to accelerate progress towards achieving health and health equity on country specific base. • Support to design and deliver a programme for systematic use of disaggregated data and diverse methods and approaches 	<ul style="list-style-type: none"> • Increased capacity of human resources within the health ministry and related institutions for data collection, analysis and utilization of health inequities data to be used to inform National Health Plan and other relevant policy development in the country. • Governance appraisal - Appraisal of policies and governance options for addressing social determinants of health and health equity
Lithuania	<ul style="list-style-type: none"> • Support to the process of development of National Health Plan 2020 - focus to address social determinants of health and increase cross sectoral action for health • Review of governance capacity to address social determinants of health 	<ul style="list-style-type: none"> • National Health Plan adopted by parliament and health equity agreed as one objective of the National Development Plan -- <i>Lithuania 2030</i>. • <i>Roadmap</i> and medium term capacity building in strengthening cross sectoral governance of social determinants



f

5/18

XVII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

Montenegro	<ul style="list-style-type: none"> • Increase governance capacity and resources to address social determinants of health as part of commitment to sustainable development and social justice 	<ul style="list-style-type: none"> • Common UN Agency and Government Platform to address social determinants of health and reduce inequities in risk and consequences of NCDs. • Agreed roadmap plan for mainstreaming the social determinants of health approaches in NCD policies and programmes for short and medium term action • Publication of report on governance capacity and options for strengthening institutional mechanisms for better impact on social determinants of health and inequities in NCDs.
Moldova	<ul style="list-style-type: none"> • Capacity Building Programme to strengthen know-how and skills to implement whole of government and society approaches to health equity. 	<ul style="list-style-type: none"> • Meet target of National Policy Commitments to the Banja Luca Declaration on equity in Health in All Policies
Poland	<ul style="list-style-type: none"> • Technical assistance to analysis and reporting on health inequities. • Support to design and deliver special workshop for Polish national and subnational policy-makers on evidence and promising practices on implementation of intersectoral policies to promote health and reduce health inequities in line with Health 2020 	<ul style="list-style-type: none"> • Ministry of Health National Report and District Authority analysis of social determinants of health in Poland • Increased institutional and human resource capacity in pooling resources to address priority social determinants of health and health inequities in polish districts
Portugal	<ul style="list-style-type: none"> • Targeted capacity building to integrate a social determinants and equity focus into policy assessment processes such as Health Impact Assessment, with a particular focus on assessing the equity impact of austerity measures 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 completed equity focused assessments of austerity measures and an agreed approach to support the next steps for integrating an equity focus into policy processes in the country
Romania	<ul style="list-style-type: none"> • Capacity Building Programme to strengthen know-how and skills to implement whole of government and society approaches for health equity in line with H2020 and the 2011 Banja Luka Pledge 	<ul style="list-style-type: none"> • Meet target for National Policy Commitments to the Banja Luca Declaration on equity in Health in All Policies
Serbia	<ul style="list-style-type: none"> • Support to sustain commitment and capacities to integrate health and equity into national growth and development plans • Support to strengthen cross-sectional policies and governance capacity to act on the underlying determinants of vulnerability to poor health 	<ul style="list-style-type: none"> • Roadmap for governing to reduce vulnerability to poor health through action on social determinants • Parliamentary Seminar on health equity as a resource for sustainable and fair economic and human development



H

[Handwritten signatures]

XVII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

Slovenia	<ul style="list-style-type: none"> • Support to develop common equity goals across sectors • Support to strengthen monitoring and analysis of Health Equity and social determinants 	<ul style="list-style-type: none"> • Joint sectoral review of policy impacts on reducing determinants of social vulnerability • 2 national reports on policy responses to equity in health among i) women, and ii) children and young people
Slovakia	<ul style="list-style-type: none"> • Support to increase the capacity of national and sub-national human resources to perform equity-focused Health Impact Assessment (HIA) to enable common standards for Regional Public Health Institutes in monitoring social determinants and related health inequities. 	<ul style="list-style-type: none"> • Agreement of common standards developed for monitoring social determinants of health and health inequities in the country nationally and sub-nationally.
Spain	<ul style="list-style-type: none"> • Support to design and deliver a training package supporting MDG progress for the Roma population, in the context of the decade on Roma inclusion and EU work on Roma 	<ul style="list-style-type: none"> • Normative guidance on incorporating a gender, human rights and equity focus into health system, public health programmes and development agendas
Tajikistan	<ul style="list-style-type: none"> • Technical assistance to integrate equity, gender and other social determinants into key policy and programme documents as part of the comprehensive health reform strategy for the country. The requested technical assistance builds on existing national action plans (e.g. the Food and Nutrition Action Plan) as part of the process leading to a Comprehensive Health Strategy (CHS) 	<ul style="list-style-type: none"> • Development of a checklist on "how to undertake integration of social determinants and equity focus" in agreed action plans as part the country process for CHS
Turkey	<ul style="list-style-type: none"> • Technical assistance to undertake a study on the social determinants of health and their distribution to inform development of the national health plan consistent with Health 2020 principles and framework 	<ul style="list-style-type: none"> • Completion of study on the social determinants of health (including gender) and their distribution to inform development of the national health plan in Turkey
Ukraine	<ul style="list-style-type: none"> • Tailored training programme together with technical assistance to develop a draft health inequalities profile for Ukraine to better inform policy development, implementation and monitoring of social determinants of health and related health inequities 	<ul style="list-style-type: none"> • Health inequalities national profile
TfYR Macedonia	Capacity Building Programme to strengthen know-how and skills to implement whole of government and society approaches to social determinants of health and health equity in line with Health 2020 and the country commitment to the 2011 Banja Luka Pledge	<ul style="list-style-type: none"> • Meet target for National Policy Commitments to the Banja Luka Declaration on equity in Health in All Policies



14

[Handwritten signature or initials]

1.3 Inter-country work

In addition to specific country work outlined in the previous section, the activities of the Venice Office in 2013-14 will include substantial inter-country activities. The two most relevant are outlined below.

Enlarging and managing WHO Regions of Health

The implementation of Health 2020 will require both national and sub-national action. In many European Member States the management of health systems and a wide range of health-related policy action has become a matter of sub-national jurisdiction. Hence, local and regional actions are crucial for the policy consistency needed in Health 2020 implementation in countries. The Venice Office has been given the task of coordinating, managing and enlarging the WHO Regions for Health Network with the aim of developing and testing specific know-how to address the social determinants of health and tackle health inequities at sub-national levels of policy-making. In 2013-2014 a substantial enlargement of RHN is planned.

It should be noted that Veneto and Tuscany already take a leadership role in the RHN. The Province of Trento, Emilia Romagna and Sicily are also cooperating with the RHN.

Multi-country learning for tackling health inequities

To address the complex area of social determinants of health and reduce the health divide within and among countries, Member States are requesting Venice Office assistance in capacity building which supports know-how and solutions generation in tackling common problems and improving practice. The Venice Office is therefore in the process of developing a multi-country capacity building partnership on the social determinants of health. This new initiative will directly support implementation of Health 2020 by organizing structured learning exchanges between countries to address the social determinants of health and reduce inequities



F'

8

15

2. Main Action for Italy in Cooperation with the Italian Ministry of Health and the Italian Regions

In addition to the European-wide work implemented by the Venice Office within the framework of Health 2020, the renewal of the Venice Office provides unique opportunities for activities, services and impact in the host country Italy and its regions, cities and institutions. Of course all the services and areas of technical assistance outlined in previous sections are also available to Italy. The main activities for cooperation envisaged for Italy in 2013-2014 are outlined below.

2.1 Technical Assistance and collaboration to facilitate uptake and realization of the values and goals of Health 2020

The new WHO Health 2020 provides an ideal framework for advancing cooperation and profiling/promoting how Italy is working to meet the public health challenges of the future, particularly in the current economic situation. Health 2020 recognizes that countries engage from a different starting-point and have different contexts and capacities. Cooperation across the European Region can accelerate the development of expertise and capacity where every country and each level of government can both learn and contribute. Among the outcomes of this cooperation is the opportunity to give international visibility to Italian experiences at national, regional and local levels.

This specific area of collaboration would include technical assistance to Italy and its regions in line with the values, goals and relevant targets of Health 2020. Furthermore, the implementation of this activity could be based on a format similar to that used in follow-up (2008-2009) to the Tallinn Charter for Health Systems. Building on the success of the Tallinn follow-up it is proposed to extend this to inform and support Italian institutions and regions in adapting, implementing and monitoring Health 2020.

Many of the 53 Member States of the European Region of the WHO, including Italy, face serious challenges with persistent or widening gaps in health at all levels, and the need to fund and deliver public services in ways that are equitable and sustainable.

The proposed activities will provide Italy and its regions with the opportunity to work together to exchange information and promising even innovative practices in meeting these challenges, and to enrich human and institutional capacity in line with the overall policy framework of Health 2020. Key products would include:

- establishing an inter-regional network for knowledge exchange – both formal and informal;
- a website to serve as a forum for exchange of promising practices and dissemination;
- a consultation/policy dialogue between policy makers in Italy and its regions about how to respond proactively to new and or adverse situations, prepare for economic



F

Handwritten signature or initials at the bottom right corner.

- and social change and deal better with crisis and hardship. In particular how to implement required changes in response to the current financial situation while minimising the impact on vulnerable groups in the Italian population; and
- a web-based resource of detailed examples of promising practices from Italy identified and developed following the consultation/policy dialogues.

In addition, the Venice Office could facilitate knowledge exchange with countries in similar situations – separately or as part of one or more of the above products.

With this activity, Italy could consider itself to be one of the high-income pilot countries to implement Health 2020.

2.2 Development of a two-year WHO/Ministry of Health Special Programme on Assets for Health in the area of health promotion and reduction of health inequities

The programme would be for selected personnel involved mainly in policy-making and public health service delivery at regional and local level. It is meant to introduce a new approach to health and to develop leadership and innovation in public health and will be specifically focused to allow this target group to:

- introduce new ground-breaking practices in public health – specifically the “Assets for Health” approach to designing public health programmes and policy-making
- increase their understanding on both the challenges and new national, regional and local opportunities to promote the health of the population, protect and improve the health of the most vulnerable groups and monitor and reduce health inequities caused by social, environmental and economic factors;
- expand their knowledge on legislative, organizational and managerial practices currently utilized in European countries in meeting health promotion and health inequities reduction targets; and
- use effective tools and methodologies to assess and strengthen current and future plans in this domain (e.g. regional and local health plans)

This is an area where a growing need has been expressed by Italian health authorities at national level and, increasingly, at regional and even local health service level. This programme is therefore designed to provide a systematic and sustainable response to these requests.

Since its establishment the Venice Office has been invited to over 100 events in Italy where the need of up-to-date knowledge on best practice and know-how for effective health promotion interventions has been very evident particularly from Italian regions and their local public health delivery structures. With this programme, the Venice Office can help Italy to fill a clear gap as the opportunity to support and train personnel in the



L

modern methods of health promotion, practices to reduce health inequities and protect the health of vulnerable population are very uneven in the country. It will examine not only the problems and how to address them, but examine the assets or positive elements in order to capitalize on these salutogenic assets. In this way, we recognize also what the Italian regions are “doing right” with the aim to safeguard and strengthen these assets and to help other regions to employ them as well.

This is, therefore, an opportune moment to address needs at the various levels in the regionalized structure of the Italian health systems in a systematic manner with coordination of the National Ministry of Health and the active engagement of the Italian Regions.

A growing body of studies on the economics of health promotion and disease prevention show how health costs can be contained – but only if they also address health inequalities and support the most vulnerable people. Realizing these benefits through strengthening health promotion efforts requires a more flexible, multi-skilled and team oriented workforce at the heart of a health system. It implies a new working culture that fosters new forms of cooperation between professionals in public health and health care as well as between health and social service professionals.

This proposed 2 year programme could be positioned as a strong and concrete national and regional follow up of the training that the Italian Ministry of Health has requested the Venice Office to deliver within its forthcoming national conference on “Gaining Health” (Venice, 21-22 June 2012). While the latter is only open to 2 representatives of each of the 20 Italian Regions, this proposed activity will enable a much more in-depth and extended participation.

In order to sustain progress in this area it is vital to have a critical mass of people with the right skills and properly deployed in the decentralized structure of the Italian health system. It is therefore proposed that through the coordination of the National Ministry of Health, about 12 selected professionals from the highly populated Italian regions and 6 from the smaller regions could form a strong critical mass of 200 professionals that can guarantee sustainable action in this much requested area of work.

As the proposed programme covers a 2-year period, this will allow its delivery in well-defined phases. Each phase will be defined by technical issues, or set of related issues if relevant. In addition, each phase will provide capacity building for a distinct sub-set of regions which will be grouped according to their common needs, issues and concerns. Each phase will consist of a capacity building programme of an expected length of 50 working hours – the details of which will be developed at a later stage by the below-mentioned Task Force.

It is proposed that the Ministry of Health and the Venice Office will set up a Task Force to develop, implement, monitor and evaluate the Programme.



H

Handwritten signature or initials at the bottom right of the page.

2.3 Additional value and benefits to Italy from hosting the Venice Office

Hosting of the Venice office brings additional value to Italy. These stem from the increased accessibility to expert resources and support of the Venice Office to advance local and national health improvement agendas. Examples of specific benefits include:

- ❑ **Organization of technical briefings.** The Venice Office can organize briefings on a regular basis on priority topics for Italy. Depending on the selected topic the target audience can include national and regional health personnel, politicians and health managers.
- ❑ **Prompt advice to requests from Italian authorities.** The Venice Office can provide timely responses on best practice and evidence to support reforms and programme development on health improvement. This may include also consultations on health and equity.
- ❑ **Technical and scientific support for national and regional conferences.** The Venice Office is increasingly invited to provide input and scientific support to national and sub national conferences on public health issues. This work can become a more formal part of the presence of this WHO Office in Italy in coordination with the Ministry of Health and other Italian institutions.
- ❑ **Advice and guidance on tackling social inequities.** This may include, but it is not limited to, support to preparation of regional and local social inequity analyses and reports.
- ❑ **Support for Masters Degrees sponsored by national and regional institutions.** This support is already been given to two Masters sponsored by the Veneto Region. Such support can be extended to other national or regional institutions that finance Masters programmes or other innovative specializations of national and international relevance on the areas dealt with by the Venice Office.
- ❑ **Increased opportunities for the engagement of Italian institutions with international partners.** The Venice Office can provide advice and brokerage role with international medical, public health and research institutions of interest for Italy in its pursuit of values and goals as highlighted in Health 2020. This would also support further strengthening of capacity of Italian institutions and increase their resource mobilization potential in the medium term.
- ❑ **Strengthen Human Resource Capacity.** Development of young Italian professionals through short and longer term internships and work placements in the Venice Office. These can be further enhanced through Venice Office facilitated mentorship and brokering of learning exchanges with other European and international partners/institutions.
- ❑ **Giving visibility to the work of Italy.** The Venice Office can provide visibility by promoting promising practices from Italy in European and International fora.



H

Handwritten signature or initials at the bottom right of the page.

EMENDAMENTO

al Memorandum di Accordo tra
l'Organizzazione Mondiale della Sanità - Ufficio Regionale per l'Europa,
il Ministero della Salute italiano e la Regione del Veneto
concernente
l'Ufficio Europeo dell'OMS per gli Investimenti in Salute e lo Sviluppo di Venezia,
sottoscritto a Roma il 23 novembre 2012

Considerata

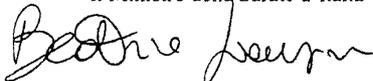
la richiesta del Governo italiano (di seguito denominato il "Governo") di ridurre del 10% il proprio contributo annuo di cui all'articolo 4 del Memorandum di Accordo (di seguito denominato "Mda"), in conformità con l'articolo 11 comma 5 del Mda,

Le Parti concordano quanto segue

L'Articolo 4 comma 1 sarà emendato come segue:

"Oltre a quanto previsto all'articolo 3 comma 1, la Regione del Veneto fornirà all'OMS/EURO un contributo annuo di € 300.000,00. Il Ministero della Salute fornirà all'OMS/EURO un contributo annuo di € 540.000,00. I contributi indicati in questo comma saranno utilizzati esclusivamente per coprire i costi relativi al personale impiegato nell'Ufficio di Venezia ed i costi di realizzazione dei programmi e delle attività operative."

Il Ministro della Salute d'Italia



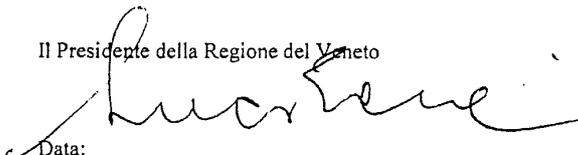
Data:

Il Direttore dell'Ufficio Regionale per l'Europa
dell'Organizzazione Mondiale della Sanità



Data: 4 February 2014,

Il Presidente della Regione del Veneto



Data:

IL DIRETTORE DELL'UFFICIO I
(Dott.ssa Lofredola CATALANI)



AMENDMENT

to the Memorandum of Agreement between
the World Health Organization - Regional Office for Europe,
the Ministry of Health of Italy and the Veneto Region
concerning
the WHO European Office for Investment for Health and Development in Venice,
signed in Rome on 23 November 2012

Considering

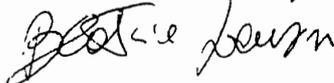
the request of the Government of Italy (hereinafter the "Government") to reduce its annual contribution provided into Article 4 of the Memorandum of Agreement (hereinafter "MoA") by 10 percent, pursuant to Article 11.5 of the MoA,

The parties agree as follows

The Article 4.1 shall be amended as follows:

"In addition to its obligations under Article 3.1, the Veneto Region shall provide to WHO/EURO an annual contribution of 300 000 EUR. The Ministry of Health shall provide to WHO/EURO an annual contribution of 540 000 EUR. The contributions referred to in this paragraph shall be used exclusively to cover the costs of personnel employed in the Venice Office, operational programme costs as well as operational activities."

Minister of Health of Italy



Date:

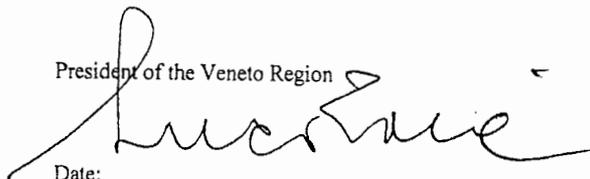
Regional Director, WHO Regional Office
for Europe



Date:

4 February 2014.

President of the Veneto Region



Date:



IL DIRETTORE DELL'UFFICIO I
(Dott.ssa Lorenza CATALANI)

