

BIBLIOGRAFIA

1. Eriksen M, Mackay J, Schluger N et al. The tobacco atlas. 5th ed. American Cancer Society, 2015.
2. Giovino GA, Mirza SA, Samet JM et al. Tobacco use in 3 billion individuals from 16 countries: an analysis of nationally representative cross-sectional household surveys. *Lancet* 2012; 380: 668-79.
3. World Health Organization. WHO global report: mortality attributable to tobacco. WHO, 2012.
4. NHS Digital. Health survey for England. https://data.gov.uk/dataset/health_survey_for_england.
5. Hackshaw A, Morris JK, Boniface S et al. Low cigarette consumption and risk of coronary heart disease and stroke: meta-analysis of 141 cohort studies in 55 study reports. *BMJ* 2018; 360: j5855.
6. Law MR, Morris JK, Wald NJ. Environmental tobacco smoke exposure and ischaemic heart disease: an evaluation of the evidence. *BMJ* 1997; 315: 973-80.
7. Barnoya J, Glantz SA. Cardiovascular effects of secondhand smoke: nearly as large as smoking. *Circulation* 2005; 111: 2684-98.
8. Tan CE, Glantz SA. Association between smoke-free legislation and hospitalizations for cardiac, cerebrovascular, and respiratory diseases: a meta-analysis. *Circulation* 2012; 126: 2177-83.

Salute globale: verso un mondo più sicuro, equo e in salute

Gostin LO, DeBartolo MC, Katz R

The global health law trilogy: towards a safer, healthier, and fairer world

Lancet 2017, 390: 1918-1926

INTRODUZIONE

I sostenitori della salute, per risolvere problemi ad essa correlati, hanno spesso come interlocutore principale la medicina e la scienza, sottovalutando tuttavia che in alcuni casi le norme possono essere di grande aiuto e sostegno. Nel corso degli anni sono state infatti definite alcune misure normative (accordi quadro, convenzioni, raccomandazioni) che hanno portato alla creazione di una vera e propria rete del diritto sanitario globale (Figura 1). Con essa si dovrebbe essere in grado di risolvere, o quantomeno tenere sotto controllo, problematiche che, per larga parte, non sono regolamentate (o lo sono

Una sanità pubblica 'di precisione' per mappare la mortalità infantile in Africa

Davey G, Deribe K

Precision public health: mapping child mortality in Africa

Lancet 2017; 390: 2126-2129

Golding N, Burstein R, Longbottom J et al

Mapping under-5 and neonatal mortality in Africa, 2000-15: a baseline analysis for the Sustainable Development Goals

Lancet 2017; 390: 2171-2182

È stata riscontrata una riduzione globale dei decessi infantili fra il 1990 e il 2015, dovuta probabilmente anche a quanto stabilito dagli Obiettivi Sostenibili del Millennio (*Sustainable Development Goals* – SDG): in questo arco temporale, il tasso di mortalità è passato da 90,6 per 1000 abitanti nel 1990 a 42,5 nel 2015, con una flessione del 53%. Questo, in valori assoluti, si traduce in una contrazione del numero di decessi sotto i cinque anni pari a 5,9 milioni (contro i 12,7 milioni attuali).

Tale risultato è certamente eclatante anche se va evidenziata una marcata variabilità in base alle cause di morte e ai fattori geografici. Gli obiettivi di lungo periodo fissano, entro il 2037, un tasso di mortalità globale sotto i 5 anni pari a 25 (12 per quella neonatale). Il problema rimane prevalentemente geografico e quello che Davey e Deribe evidenziano è che è necessario scendere ancora più nel dettaglio per riuscire ad realizzare una sanità pubblica 'di precisione', come è stato fatto nello studio di Golding e colleghi. L'analisi di Golding ha utilizzato una gamma molto ampia di fonti (235 indagini) riferite all'area geografica africana, che hanno garantito analisi statistiche robuste, con una capacità predittiva superiore a quella di altri modelli e con una elevata spazialità (ridotta ad un'area di 5x5 km). A queste fonti gli autori hanno aggiunto anche un'analisi puntuale di mortalità, alla quale hanno affiancato le "storie di nascita" dei singoli soggetti. Infine, tramite un modello geostatistico bayesiano, i ricercatori hanno potuto aggregare i risultati di ogni Paese africano in tre differenti livelli: nazionale, regionale e locale.

È stata rilevata un'eterogeneità sostanziale per la mortalità neonatale e sotto i cinque anni di età. Alcuni Paesi (Botswana, Ruanda ed Etiopia) hanno registrato le maggiori flessioni in termini di tassi di mortalità a partire dagli anni 2000, facendoli rientrare nella rosa dei Paesi in grado di raggiungere gli obiettivi del millennio per il 2030 o anche prima. Questi Paesi sono tuttavia delle eccezioni, poiché molte altre aree africane saranno obbligate a

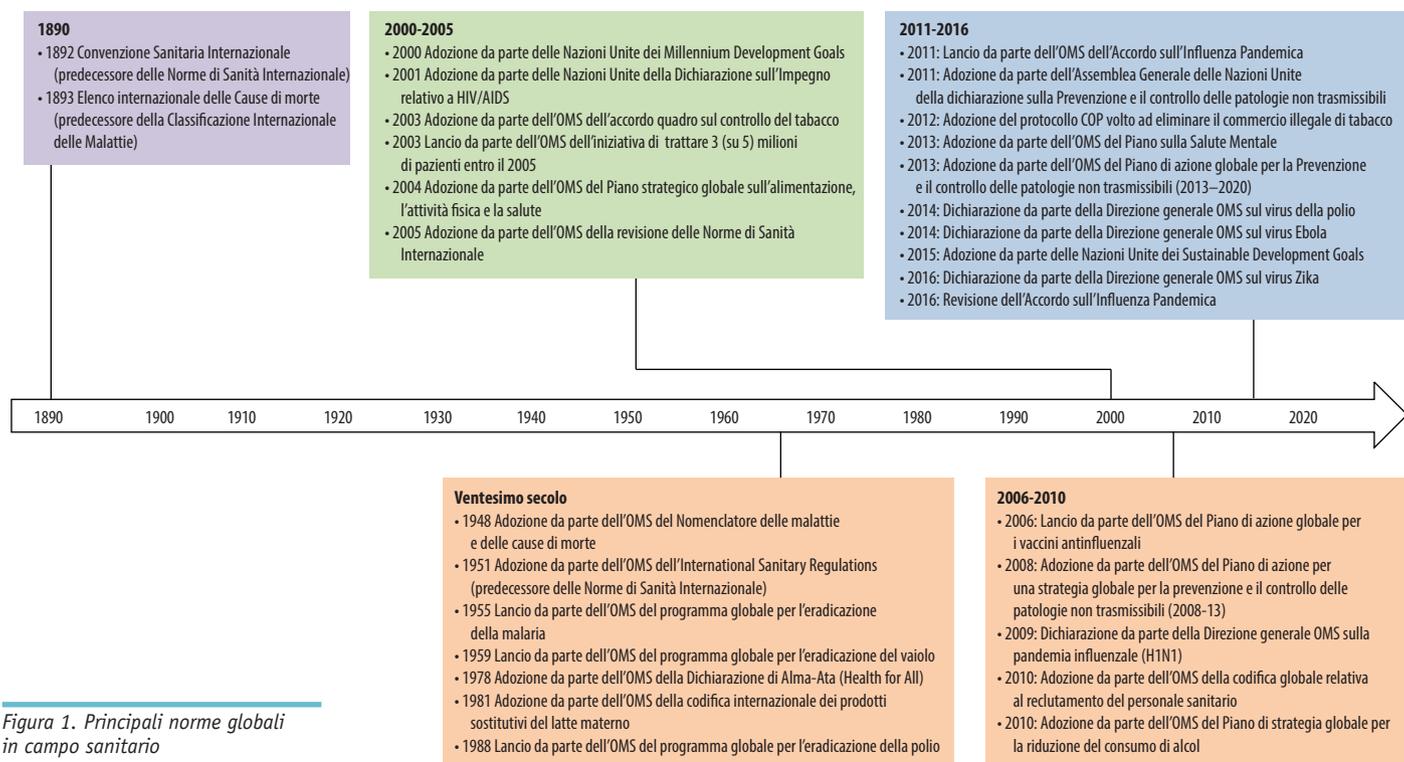


Figura 1. Principali norme globali in campo sanitario

ridurre il loro tasso di mortalità di quasi il 9% annuo per poter rientrare negli Obiettivi Sostenibili del Millennio.

Il lavoro mette in evidenza la precarietà del sistema africano, in cui le disuguaglianze e la variabilità sono enormi. L'indagine si può tuttavia ritenere una robusta base di partenza per trasformare e migliorare il disegno, l'implementazione e l'impatto dei programmi sanitari, preferibilmente partendo dal livello più basso. Il tutto deve essere accompagnato da solidi sistemi di registrazione e sorveglianza e dalla volontà politica di puntare efficacemente sul miglioramento della mortalità infantile e neonatale. Sono presenti anche delle limitazioni: non sono stati considerati i flussi migratori in uscita dall'Africa, che da qualche anno a questa parte influenzano enormemente i dati sanitari, così come non sono state incluse alcune variabili importanti come la possibilità di accesso all'acqua potabile, le misure igieniche e i programmi di vaccinazione.

Lavori futuri dovranno colmare queste lacune. Per una precisione ancora maggiore nella gestione delle risorse sanitarie destinate ai bambini, gli autori esortano pertanto a promuovere l'approccio a livello globale.

Letizia Orzella

Agenas, Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

