

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

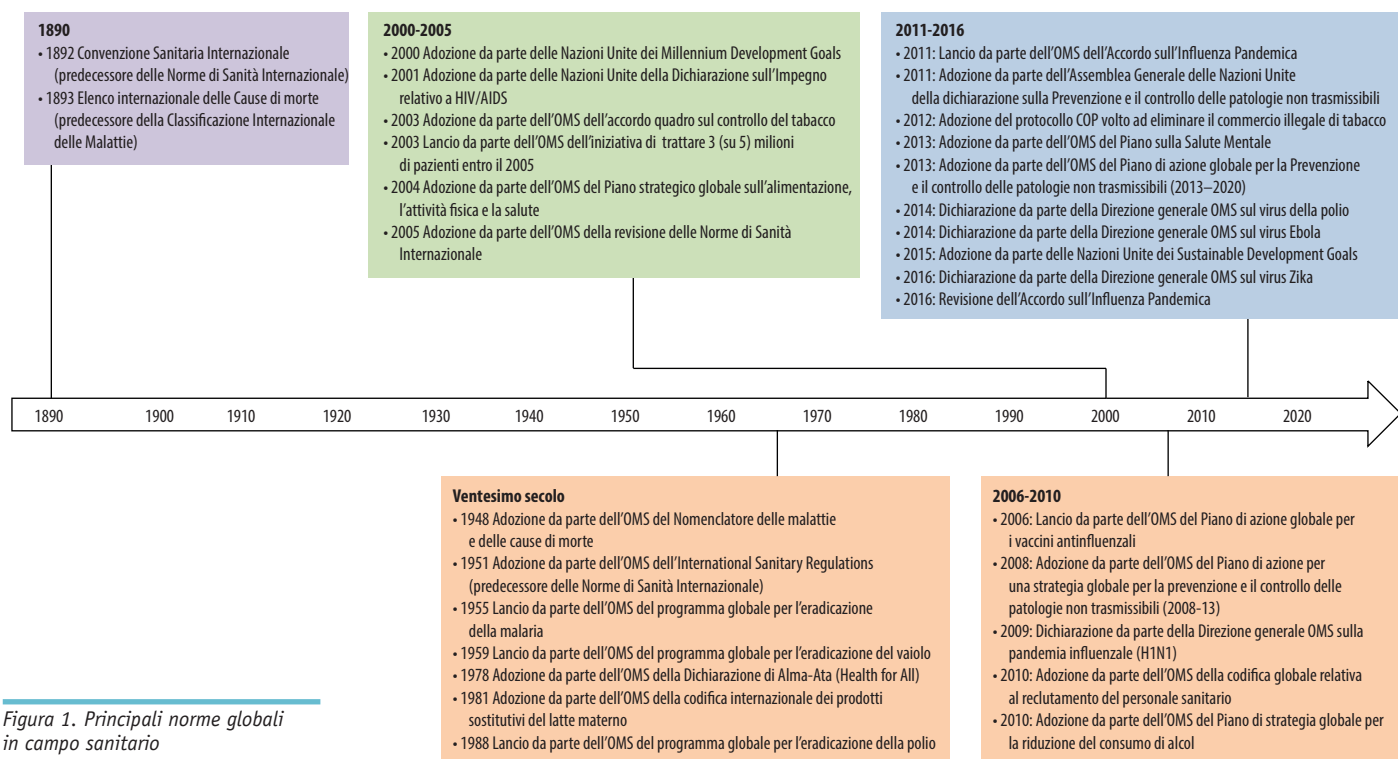


Figura 1. Principali norme globali in campo sanitario

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



solo parzialmente). Nella Figura 2 gli autori riportano le principali tipologie normative e gli strumenti legali che l'OMS ha a disposizione. Gli accordi principali sono descritti qui di seguito e per ognuno sono state evidenziate le principali criticità e le riforme che potrebbero portare ad un loro potenziamento.

ACCORDO SUL CONTROLLO DEL TABACCO (Framework Convention on Tobacco Control – FCTC)

Il tabacco uccide circa 6 milioni di persone ogni anno e il 90% di queste vittime è rappresentato da fumatori che vivono in Paesi a medio e basso reddito. L'accordo sul tabacco è stato adottato nel 2003, coinvolgendo 179 Stati ai quali si aggiunge l'intera Unione Europea. Tuttavia, alcuni Paesi ad alta intensità di popolazione (USA, Indonesia) non hanno ratificato l'accordo volto principalmente a definire e implementare strategie di riduzione della domanda e dell'offerta e a proteggere le generazioni presenti e future dalle devastanti conseguenze sociali, ambientali ed economiche del tabacco. L'FCTC può, ad esempio, mettere in atto dei protocolli vincolanti a livello legale, volti a ridurre l'importazione clandestina. Le maggiori criticità si verificano quando la sovranità degli Stati entra in conflitto con quanto stabilito, e questo accade quando gli stessi Paesi lasciano agire, a livello politico, le lobby dell'industria del tabacco. Quindi, se da un lato è vero che gli Stati membri devono periodicamente riportare il livello di implementazione delle manovre richieste, è altrettanto vero che l'organo governativo non ha la "forza legale" per fare un reclamo formale qualora uno Stato violi la convenzione. Le carenze sistemiche non

finiscono qui: le multinazionali di settore non si limitano a produrre solo tabacco ma anche moltissimi altri prodotti legati in qualche modo all'uso di nicotina (per esempio, le sigarette elettroniche). L'FCTC deve quindi fronteggiare l'inserimento aggressivo nel mercato (spesso indirizzato alle fasce giovani della popolazione) anche di nuove tecnologie tabacco correlate. È quindi fondamentale avviare alcune riforme. Al momento l'organo governativo dell'FCTC ha definito ulteriori raccomandazioni che includono anche i nuovi prodotti ed è alla continua ricerca di fondi da parte di organizzazioni filantropiche e no profit in grado di sostenere le attività.

ACCORDO INTERNAZIONALE SULLA SALUTE (International Health Regulations – IHR)

Le origini di questo accordo risalgono alla fine del 1800. Nel secolo successivo sono intervenute molte integrazioni e modifiche, ma è stato solo nel 2005 che l'OMS ha adottato delle norme veramente mirate a prevenire, rilevare, rispondere a potenziali emergenze di salute pubblica di interesse globale. Tale accordo autorizza l'OMS nel coordinamento degli stakeholder e nella produzione di raccomandazioni che devono bilanciare gli aspetti legati alla salute con quelli legati ai diritti umani e al commercio (si pensi all'influenza H1N1 nel 2009, al virus Ebola nel 2014, al virus Zika nel 2016). Eppure, il divario tra l'applicazione delle norme e il loro impatto reale è ancora troppo grande. I fondi esistenti sono insufficienti ed è sempre più arduo trovarne di nuovi. Inoltre sarebbe auspicabile avere strumenti di valutazione esterni ed indipendenti, che siano in grado di lavorare in maniera trasversale con tutti i governi nella più completa trasparenza.

Figura 2.
Tipologie di
strumenti
legali adottati
dall'OMS

Convenzioni, accordi quadro

- Autorità costituzionale: l'articolo 19 autorizza l'assemblea ad adottare convenzioni e accordi con almeno i due terzi dei voti; l'articolo 20 indirizza gli Stati membri ad agire accettando o rigettando gli accordi entro 18 mesi dalla loro adozione
- Forza di legge: legalmente vincolanti
- Obiettivo: ogni argomento all'interno delle competenze dell'OMS

Norme

- Autorità costituzionale: l'articolo 21 autorizza l'assemblea ad adottare norme specifiche; l'articolo 22 specifica che tali norme sono valide automaticamente per tutti gli Stati membri ad eccezione di quegli Stati che ne facciano esplicita richiesta (per un periodo di tempo ben definito) alla Direzione generale dell'OMS
- Forza di legge: legalmente vincolanti
- Obiettivo: argomenti specifici come la prevenzione della diffusione di malattie, pratiche di salute pubblica, etichettatura e normative farmaceutiche

Raccomandazioni

- Autorità costituzionale: l'articolo 23 autorizza l'assemblea a produrre raccomandazioni nei confronti degli Stati membri
- Forza di legge: non legalmente vincolanti
- Obiettivo: ogni argomento all'interno delle competenze dell'OMS

ACCORDO SULL'INFLUENZA PANDEMICA (Pandemic Influenza Preparedness Framework – PIP)

L'accordo è stato definito nel 2011 cercando di unire gli obiettivi degli Stati membri, le associazioni civili e l'industria. Anche se non è un vero e proprio trattato, ha tutte le caratteristiche di una legge internazionale: responsabilità condivise, cooperazione fra gli stakeholder, meccanismi di conformità. Uno dei grandi limiti dell'accordo è tuttavia quello di avere un obiettivo troppo specifico, contempla infatti solo la sorveglianza dei virus influenza-correlati e non dell'influenza stagionale, il cui monitoraggio è invece fondamentale per una individuazione rapida dei ceppi. Sarebbe auspicabile che l'assemblea generale dell'OMS richiedesse di incorporare i dati genetici all'interno della convenzione PIP per effettuare un monitoraggio continuo dei ceppi. Mettere a disposizione i dati in una piattaforma open access, da un lato, permetterebbe una più stretta collaborazione con l'industria nell'ottica di sviluppare nuove tecnologie realmente efficaci, ma, di contro, pone anche il grande dilemma dell'utilizzo improprio di tali dati da parte di organizzazioni terroristiche.

DISCUSSIONE

Una normativa sanitaria globale potrebbe essere uno strumento potente. La nuova direzione generale dell'OMS dovrebbe spingere per nuovi accordi sulla salute per quanto concerne il monitoraggio dei principali fattori di rischio (ad esempio, malattie non trasmissibili, salute mentale, etc) e nuove iniziative globali (ad esempio, copertura sanitaria universale). Si dovrebbe inoltre includere un più ampio campo di applicazione, conformità delle norme, robustezza, coordinamento e integrazione fra settore pubblico e privato, e finanziamenti sostenibili. Gli strumenti giuridici dovrebbero inoltre essere flessibili, con capacità di evolvere nel tempo nel rispetto dell'innovazione tecnologica e delle prove scientifiche a disposizione. In un'epoca di populismo nazionalista, l'azione collettiva rimane quindi un'arma cruciale per contenere e ridurre le minacce alla salute, aiutando a realizzare un diritto globale alla salute stessa.

Letizia Orzella

Agenas, Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Malattie renali: un piano di azione globale

*Levin A, Tonelli M, Bonventre J et al
Global kidney health 2017 and beyond: a roadmap for closing gaps in care, research, and policy
Lancet 2017; 390; 1888-1917*

INTRODUZIONE

La malattia renale cronica (Chronic Kidney Disease - CKD) è sempre più riconosciuta come un problema globale di salute pubblica.

L'insufficienza renale rappresenta la forma più severa di CKD e può essere fatale se non viene trattata con la dialisi o con il trapianto. La prevalenza è in aumento in tutto il mondo con una crescita preoccupante nei Paesi a medio e basso reddito.

La CKD è associata ad un peggioramento della qualità della vita e ad una sostanziale riduzione dell'aspettativa di vita, in ogni fascia di età. È inoltre associata ad un rischio di patologie cardiovascolari e altre condizioni come il diabete, infezioni (HIV, epatiti) e cancro. Il costo del trattamento della CKD e delle sue complicanze sono spesso troppo onerosi per molti Paesi; si stima che i costi annuali per paziente varino in un intervallo compreso fra 35.000 e 100.000 dollari. Sebbene un migliore accesso alla dialisi e al trapianto nei Paesi a medio e basso reddito mostri dei progressi sostanziali nel campo, i costi associati a tali trattamenti determinano conseguenze rilevanti per i sistemi sanitari e per le famiglie. La Società Internazionale di Nefrologia (ISN), nel luglio 2016, ha organizzato un meeting coinvolgendo più di 85 persone con *expertise* internazionali diverse (clinici, scienziati, ricercatori, epidemiologi, metodologi). Gli obiettivi dell'incontro sono stati quelli di:

- identificare e definire le attività chiave per i prossimi 5-10 anni per quanto concerne l'assistenza clinica, la ricerca e il sostegno;
- identificare partner potenziali dentro e fuori la comunità di nefrologia;
- definire un piano di azione globale.

Su indicazione della ISN, l'incontro è stato strutturato e suddiviso in dieci grandi argomenti e i delegati hanno partecipato ad almeno due di questi, riportati di seguito.