

I RISULTATI

Nella popolazione di studio il rischio di CHE presenta un'incidenza complessiva del 14%, con livelli notevolmente più elevati per i pazienti non assicurati ($p < 0,0001$) o con una diagnosi di diabete ($p < 0,0001$). Il rischio di CHE tra pazienti assicurati e non assicurati, nonché tra pazienti con e senza diagnosi di diabete, è rimasto omogeneo e significativo ($p < 0,05$) nel periodo 2002-2017. Inoltre, si evidenzia il rischio di CHE sulla base dell'etnia di appartenenza sia all'interno della popolazione totale sia tra le popolazioni non assicurate. Nella popolazione dei non assicurati, i pazienti neri non ispanici presentano un rischio significativamente più elevato di CHE rispetto ai pazienti bianchi non ispanici ($p < 0,0001$) (o ispanici, $p = 0,0002$). Il modello di regressione logistica indica che la probabilità relativa di CHE se non assicurati, è pari a 5,9 ($p < 0,01$), mentre se assicurati è pari a 1,1 ($p < 0,01$). Inoltre i pazienti non assicurati, e che hanno anche una diagnosi di diabete, hanno un rischio 9,5 volte maggiore ($p < 0,01$) di soffrire di CHE rispetto ai pazienti assicurati senza una diagnosi di diabete a dimostrazione che l'effetto totale di non essere assicurati e di avere una diagnosi di diabete sul rischio di CHE supera di gran lunga la somma del rischio totale di ciascuno di questi effetti individualmente. I risultati evidenziano disparità significative tra etnie: i neri non ispanici e gli ispanici hanno rispettivamente il 13% e il 14,2% (entrambi con $p < 0,05$) di probabilità più elevate di sperimentare CHE rispetto ai bianchi non ispanici. Esaminando il sottocampione con diagnosi di diabete, non notiamo alcuna differenza significativa. Tuttavia, quando alla diagnosi di diabete si associa anche la mancata copertura assicurativa si nota che i pazienti ispanici hanno una probabilità relativa di CHE superiore del 39,3% rispetto a quella dei pazienti bianchi non ispanici.

LE CONCLUSIONI

Lo studio pone l'attenzione su due aspetti molto rilevanti.

Il primo è che i rischi di CHE aumentano drammaticamente in mancanza di copertura assicurativa e di diagnosi di diabete e, inoltre, che esiste un'associazione statisticamente significativa tra avere una diagnosi di diabete e non essere assicurati. In questo modo si identifica una popolazione particolarmente vulnerabile per la quale dovrebbe essere stanziato un sostegno finanziario ad hoc per mitigare i rischi di CHE.

Il secondo riguarda la disparità etnica all'interno della popolazione di pazienti non assicurati e della popolazione di pazienti non assicurati e con una diagnosi di diabete, evidenziando livelli diversi di esposizione al razzismo strutturale nelle popolazioni considerate da questo studio. Un'ampia letteratura riporta, infatti, evidenze che indicano che gli individui che risiedono in aree storicamente esposte a leggi razziste strutturali sperimentano svantaggi nell'accesso alle cure mediche. Questa associazione rischia di perpetuare disuguaglianze strutturali come la perdita di accesso al credito e la conseguente capacità degli individui di costruire una ricchezza intergenerazionale. Sono quindi necessarie politiche volte alla regolamentazione delle tariffe per i non assicurati e a una maggiore trasparenza dei prezzi all'interno del sistema sanitario statunitense.

Letizia Orzella

Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Farmaci e Dispositivi, Regione Lazio

Le implicazioni del linguaggio utilizzato nella legislazione in caso di emergenza sanitaria globale

Wenham C, Stout L

A legal mapping of 48 WHO member states' inclusion of public health emergency of international concern, pandemic, and health emergency terminology within national emergency legislation in responding to health emergencies

Lancet 2024; 403: 1504-1512

Un'emergenza sanitaria pubblica di rilevanza internazionale (PHEIC) è "un evento straordinario che costituisce un rischio per la salute pubblica per altri stati a causa della diffusione internazionale della malattia" e "richiede potenzialmente una risposta internazionale coordinata". Il PHEIC, lanciando l'allarme su un agente patogeno emergente, è un meccanismo chiave nell'ambito della salute pubblica globale e rientra nel Regolamento sanitario internazionale (IHR) del 2005, la norma internazionale vincolante per "prevenire, proteggere, controllare e fornire una risposta sanitaria pubblica alla diffusione internazionale delle malattie limitando i rischi per la salute pubblica ed evitando inutili interferenze con il traffico e il commercio internazionale." Il direttore generale dell'OMS comunica una PHEIC su consiglio del Comitato di esperti di emergenza, richiedendo una risposta internazionale coordinata.

LO STUDIO

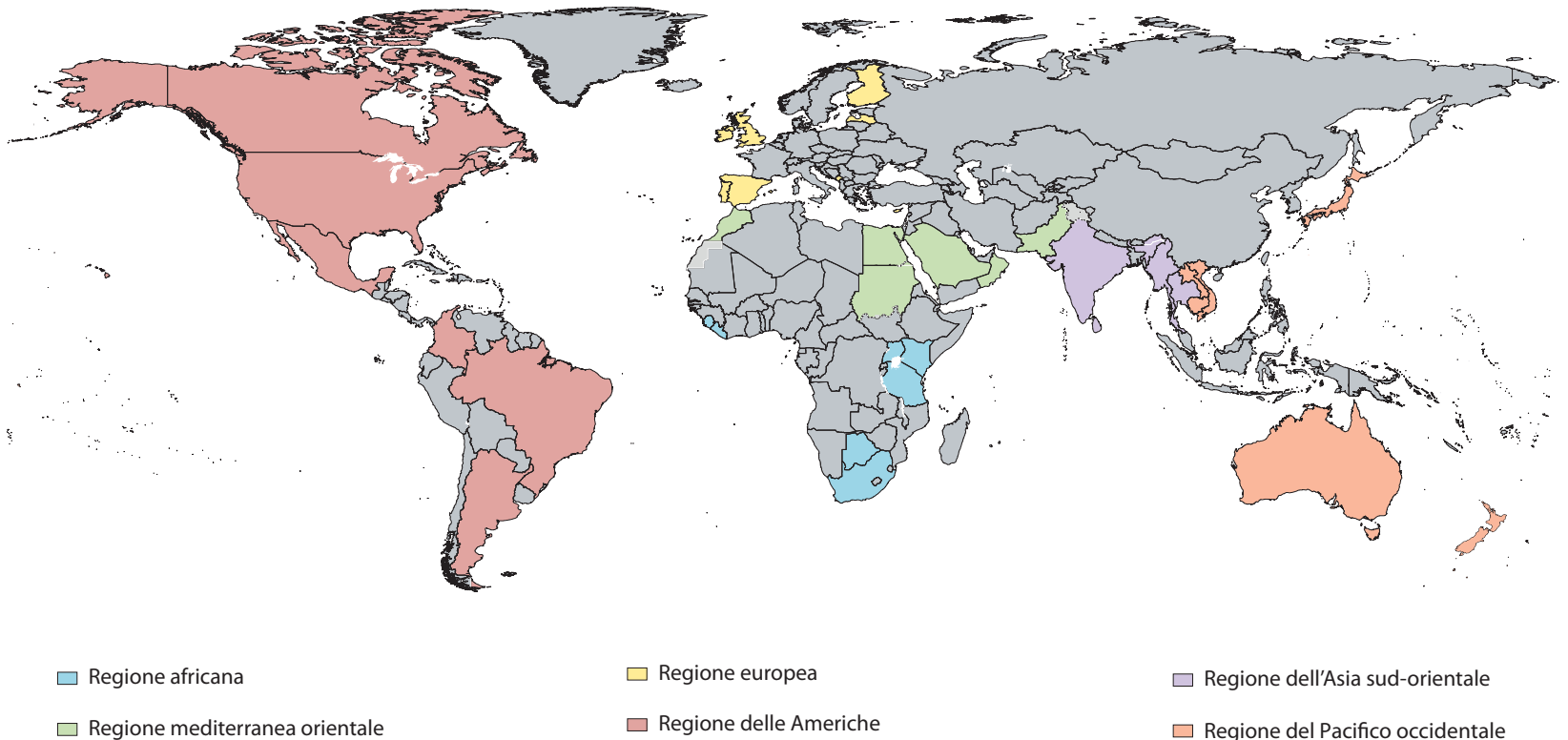
Obiettivo dello studio di Wenham e Stout è quello di comprendere cosa guidi l'azione di uno stato durante un'emergenza sanitaria e se le dichiarazioni dell'OMS siano effettivamente vincolanti.

È stata condotta una revisione esplorativa per valutare l'utilizzo del PHEIC e del 'linguaggio pandemico' all'interno della legislazione nazionale. Sono stati selezionati paesi con diverse dimensioni, livelli di reddito e strutture di governance (figura 1).

Sono stati esaminati 165 atti legislativi nazionali di 48 paesi. Otto (16,7%) presentano una legislazione con esplicito riferimento alla PHEIC; 18 (37,5%) al termine pandemia, 38 (79,2%) al termine epidemia, 27 (56,3%) fanno riferimento alle indicazioni dell'OMS e 13 (27,1%) forniscono un'indicazione di emergenza sanitaria pubblica (PHE). Negli otto paesi con una legislazione che fa riferimento alla PHEIC, così come nei 18 paesi che fanno riferimento alla pandemia, è stato possibile rilevare una netta suddivisione tra atti normativi prima e dopo l'anno 2020. I risultati mostrano una situazione estremamente eterogenea. Gli stati membri, al fine di porre in essere un cambiamento incisivo, hanno concordato di rivedere la propria legislazione nazionale integrandola con la terminologia prevista dall'OMS così da permettere un completo allineamento del diritto internazionale e nazionale per garantire una migliore preparazione e risposta alla pandemia.

La strada, tuttavia, è ancora lunga. Circa l'83% degli stati inclusi nello studio non menziona la PHEIC nella legislazione, a conferma che le indicazioni dell'OMS sembrano non avere alcun significato giuridico a livello nazionale. Lo stesso vale per la terminologia pandemica, con 30 stati membri che non attribuiscono alcun peso giuridicamente vincolante a tale termine.

PAESI OGGETTO DELLO STUDIO EVIDENZIATI SULLA BASE DELLA REGIONE OMS DI APPARTENENZA



Le aree grigie rappresentano i paesi non inclusi nello studio.
 Le zone bianche all'interno della mappa corrispondono alle zone occupate dall'acqua.

L'IMPORTANZA DI UN LINGUAGGIO CONDIVISO

La questione è invece fondamentale: utilizzare un linguaggio condiviso potrebbe migliorare l'interazione tra l'OMS – che determina una PHEIC o dichiara una pandemia – e l'azione dei paesi che realizzano le misure necessarie a mitigare la diffusione transnazionale della malattia. Più del doppio degli stati analizzati ha menzionato la pandemia rispetto alla PHEIC, anche se il termine pandemia non è formalmente utilizzato nel diritto internazionale dall'OMS. Allo stesso tempo, il 72,9% dei paesi considerati non ha dato indicazioni specifiche per dichiarare una PHE. Solo quattro paesi hanno fatto esplicito riferimento alla PHEIC e sei hanno fatto riferimento al termine pandemia, dimostrando che, anche quando è stata individuata una PHE, la maggior parte degli stati membri non ha integrato la propria terminologia con quella dell'OMS. Il termine epidemia è stato quello utilizzato più frequentemente (in 38 paesi). Ogni stato non considera le malattie locali come una minaccia a livello globale, con risposte di emergenza orientate alle sole preoccupazioni nazionali, indebolendo l'autorità dell'OMS. Non solo, nella maggior parte dei paesi che fanno riferimento alla PHEIC o alla pandemia si nota immediatamente che la legislazione è stata approvata a partire dall'anno 2020, a riprova del fatto che, in occasione dell'implementazione e adozione del Regolamento sanitario internazionale avvenuta nel 2007, non è stata applicata alcuna riforma legislativa immediata e sostanziale. Inoltre, le modifiche legislative apportate durante la pandemia di covid-19 sono state spesso temporanee e potrebbero non essere più in vigore.

CONCLUSIONI

In termini di governance sanitaria globale, i risultati sono nel complesso allarmanti. Affinché si consegua il successo del processo di revisione del Regolamento sanitario internazionale e dell'elaborazione di un accordo per la preparazione e la risposta alle pandemie avviata dal proprio organo intergovernativo di negoziazione, l'OMS deve per primo riconoscere l'apparente debolezza giuridica del meccanismo PHEIC e della dichiarazione di pandemia nello stimolare risposte nazionali prima di concordare i relativi emendamenti e sviluppare una nuova terminologia vincolante in relazione a un'emergenza pandemica. Riconoscere i limiti della terminologia PHEIC e pandemica aiuterà a garantire che le revisioni legislative promuovano i cambiamenti necessari. In caso contrario, l'OMS rischia di creare meccanismi legali con applicazione limitata e di sperimentare il ripetersi di risposte ritardate alle future minacce sanitarie da parte degli stati. Comprendere l'importanza delle implicazioni del linguaggio utilizzato nella legislazione stimolerà la responsabilità dei singoli paesi, rafforzando la governance sanitaria globale, promuovendo una risposta rapida e mitigando la diffusione di agenti patogeni emergenti.

Letizia Orzella

*Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
 Area Farmaci e Dispositivi, Regione Lazio*