

12. Le malattie non trasmissibili tra salute pubblica e interessi privati: l'affermarsi del modello multistakeholder

Chiara Di Girolamo, Alice Fabbri

Introduzione

“Preferirei essere malato di AIDS piuttosto che di diabete”. Con queste sconvolgenti parole pronunciate da un uomo cambogiano Deborah Cohen, editor del *British Medical Journal*, apre un articolo sul tema delle malattie non trasmissibili svelando il paradosso che le caratterizza.¹ Se da un lato tali patologie rappresentano ormai il principale carico di malattia a livello globale e sono largamente responsabili delle crescenti disuguaglianze in salute, dall’altro ricevono ancora limitata attenzione e scarsi finanziamenti – soprattutto nei Paesi a risorse limitate – rispetto alle più famose big three: AIDS, malaria e tubercolosi. Dai dati del Global Status Report on Non-Communicable Diseases si apprende infatti che “dei 57 milioni di decessi che si sono verificati a livello mondiale nel 2008, 36 milioni – quasi due terzi – erano dovuti a malattie non trasmissibili, principalmente patologie cardiovascolari, tumori, diabete e malattie polmonari croniche”.² Il rapporto sottolinea inoltre come il carico di malattie non trasmissibili stia crescendo più velocemente tra i Paesi a basso reddito; significativo in questo senso il fatto che in Africa Subsahariana le donne hanno una probabilità di morire o andare incontro a disabilità a causa di malattie non trasmissibili quattro volte maggiore rispetto alle donne che vivono in Paesi ad alto reddito.³

Questi dati contribuiscono a scardinare il luogo comune secondo il quale le malattie croniche sono tipiche dei Paesi ricchi e legate all'opulenza e al benessere, e richiamano l'attenzione sul fatto che i Paesi a basso reddito si trovano oggi ad affrontare il cosiddetto “doppio carico di malattia”, rappresentato da una critica combinazione di malattie trasmissibili e non trasmissibili. Infatti, se nei Paesi a medio e alto reddito le malattie infettive non rappresentano più – se non in gruppi vulnerabili – una priorità in termini di incidenza e prevalenza, nei Paesi a risorse limitate le malattie trasmissibili sono ancora un grave problema di sanità pubblica, a cui si affianca oggi la nuova epidemia delle malattie croniche. Un'altra idea molto diffusa quando si parla di malattie non trasmissibili, sia nei Paesi a basso reddito sia in quelli più ricchi, è che queste siano largamente imputabili a una sorta di cedimento morale (moral failure) dell'individuo, ovvero a un atteggiamento lascivo che

porterebbe il soggetto ad adottare deliberatamente comportamenti e stili di vita non salutari.³ Tale prospettiva punta a responsabilizzare quasi unicamente l'individuo rispetto ai suoi stili di vita e, in un'ottica di victim blaming, a colpevolizzare per l'adozione di comportamenti malsani proprio colui che ne è vittima in virtù di processi strutturali che si concretizzano nelle scelte, o meglio nelle non scelte, del singolo. In tal senso, focalizzarsi unicamente sulle scelte e i comportamenti individuali significa di fatto, sia in termini di analisi del problema sia di azioni, prescindere dai determinanti più ampi del fenomeno, comprendenti fattori ambientali, culturali e sociali fino alle più complesse dinamiche storiche, politiche ed economiche. Inoltre, proprio in considerazione della stretta associazione tra malattie non trasmissibili e disuguaglianze socio-economiche a livello globale, concentrarsi unicamente su strategie terapeutiche e comportamentali riflette una visione miope e parziale che esclude il fine della giustizia sociale dagli obiettivi della sanità pubblica.⁴ Di conseguenza, strategie di contrasto alla diffusione delle malattie non trasmissibili efficaci e sostenibili dovrebbero tenere in considerazione tutti gli elementi che modellano le scelte comportamentali degli individui, riconoscendo per esempio come l'innatività fisica sia fortemente influenzata da fattori quali l'organizzazione del mercato del lavoro, i trasporti e la pianificazione urbanistica, o come le scelte alimentari siano largamente condizionate dalla relatività dei prezzi e dalle attività di marketing delle grandi multinazionali di cibi e bevande.⁵

Il ruolo dell'OMS e delle Nazioni unite

Cosa stanno facendo le grandi organizzazioni internazionali di fronte a questo complesso scenario e alle sfide poste dall'epidemia delle malattie non trasmissibili? Quali attori stanno prendendo parte al dibattito internazionale? E, in ultima analisi, quali sono le visioni che influenzano le scelte strategiche in questo campo? Merita sicuramente particolare attenzione il crescente spazio che l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) ha dedicato al dibattito sul tema delle malattie non trasmissibili. L'ultimo evento da menzionare in ordine di tempo è la 65^a Assemblea mondiale della salute (AMS). In tale occasione, i Paesi membri si sono impegnati a sviluppare, entro la fine del 2012, un piano di monitoraggio globale che comprenda una serie di indicatori (tra cui mortalità, prevalenza dell'obesità e accesso ai farmaci essenziali) da applicare nei diversi contesti regionali e nazionali.⁶ Tali indicatori serviranno per monitorare il progresso verso il raggiungimento di obiettivi globali per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili,

che ciascun Paese dovrà perseguire in maniera non obbligatoria ma volontaria. La non obbligatorietà degli obiettivi è stato uno degli esiti poco convincenti dell'ultima AMS in cui, anziché stabilire indicatori a cui i Paesi membri siano vincolati, si è continuato a parlare solo di obiettivi volontari da raggiungere discrezionalmente. Inoltre, un'altra domanda sorge spontanea: se saranno implementati target volontari, chi, in questo scenario, effettuerà attività di monitoraggio sui vari attori – governi, industrie, società civile – responsabilizzandoli rispetto agli impegni presi? Inoltre, l'approccio per obiettivi non è stato problematizzato alla luce di altre esperienze simili, come quella degli Obiettivi di sviluppo del millennio, che stanno drammaticamente mostrando – nella loro implementazione pratica – notevoli e preoccupanti fragilità. Questo è stato in realtà solo uno dei punti critici del dibattito.⁷ Tuttavia, per comprendere pienamente la portata e le implicazioni degli esiti dei lavori dell'ultima Assemblea, è necessario fare un passo indietro e focalizzarsi sul processo che ha condotto a tali decisioni.

L'OMS e le malattie non trasmissibili: dal 2000 a oggi

L'OMS inizia a parlare di malattie non trasmissibili alla fine degli anni novanta, con la richiesta da parte dei Paesi membri di elaborare una strategia per il controllo e la prevenzione di tali patologie. Nel 2000, durante la 53^a sessione dell'AMS, il Segretariato presenta un documento dal titolo *Global Strategy for the prevention and control of non-communicable diseases*,⁸ che presto si consolida come documento di riferimento nei discorsi che ruotano intorno al tema. La strategia, volta a identificare politiche sanitarie in grado di tenere in considerazione il presumibile impatto della globalizzazione dei mercati e dell'economia sui fattori di rischio per le malattie non trasmissibili, si pone tre principali obiettivi. Il primo è quello di monitorare l'epidemia e di analizzarne i determinanti sociali, economici, comportamentali e politici soprattutto nei contesti più svantaggiati, per fornire poi una guida su come contrastare l'aumento del carico di malattia. Il secondo obiettivo è quello di ridurre l'esposizione ai più comuni fattori di rischio, tanto prossimali quanto distali, e l'ultimo quello di rafforzare i sistemi sanitari in modo da garantire un'adeguata ed efficace presa in carico dei pazienti con malattie non trasmissibili.

Al di là dei singoli obiettivi proposti nel contesto della strategia, il documento prima e la rispettiva risoluzione dell'AMS poi, enfatizzano come “le decisioni che si prendono al di fuori del settore sanitario sono quelle che spesso influenzano maggiormente la distribuzione dei fattori

di rischio per le malattie non trasmissibili. I maggiori guadagni in termini di salute si potranno quindi ottenere agendo sulle politiche pubbliche nel campo del commercio, dell'industria farmaceutica e agroalimentare, dell'agricoltura, dello sviluppo urbano o della tassazione piuttosto che operando unicamente sulle politiche sanitarie".⁹ In questa prospettiva, i Paesi membri sono chiamati ad agire secondo l'approccio detto "Health in All Policies"^a e a implementare strategie di lungo termine basate su analisi comprensive e multidisciplinari. Importante inoltre sottolineare come queste raccomandazioni si iscrivevano in un contesto di auspiccate riforme sanitarie, che avrebbero dovuto mirare a un rafforzamento dei sistemi sanitari in un'ottica di Primary Health Care (PHC) prendendo le distanze dagli approcci verticali in voga nei decenni ottanta e novanta. A partire poi dall'anno 2000, una serie di risoluzioni e di rapporti si focalizza sul tema delle malattie non trasmissibili riconoscendone la sempre maggiore importanza in termini epidemiologici e ampliando il mandato dell'OMS in questo campo. Tra i più importanti e significativi, la risoluzione 56.1 riguardante la Convenzione quadro dell'OMS per la lotta al tabagismo,¹⁰ a cui, proprio in virtù della sua importanza, è dedicato un capitolo in questo rapporto. Le malattie non trasmissibili sono incluse anche nel Piano di lavoro 2006-2015, nel quale l'OMS si pone l'obiettivo di ridurre i tassi di mortalità delle malattie croniche del due per cento ogni anno per i 10 anni a venire.¹¹

Il dibattito sul tema si intensifica ulteriormente, tanto che nel 2007 i Paesi membri richiedono al Segretariato dell'OMS di tradurre la strategia in azioni concrete, attraverso la preparazione di un Piano di azione che definisca priorità, azioni e specifici indicatori per il controllo delle malattie non trasmissibili tra il 2008 e il 2013, a livello sia globale sia regionale. La discussione sulla bozza del Piano di azione è aperta alla società civile e al settore privato e durante l'AMS del 2008 è presentata la versione definitiva che consta di sei obiettivi principali.¹² Il documento, che pure richiama ai determinanti sociali di salute e mantiene alcuni cardini proposti nella precedente strategia quali l'importanza di azioni multisettoriali, il rafforzamento dei sistemi sanitari in un'ottica di PHC e la prioritizzazione del controllo delle malattie non trasmissibili nelle agende politiche, segna di fatto un passaggio concettuale importante e un cambio di paradigma. Se nella strate-

^a Questo approccio riconosce che molti determinanti di salute agiscono al di fuori del settore salute e incoraggia perciò i governi ad inserire gli obiettivi di miglioramento della salute nelle politiche di altri settori.

gia proposta all'inizio del millennio le malattie non trasmissibili erano inquadrare all'interno di una cornice ampia e il loro sviluppo era direttamente correlato a determinanti distali di ordine sociale, economico e politico, il Piano di azione si focalizza su quattro malattie e quattro fattori di rischio. Ponendo l'attenzione in maniera pressoché esclusiva su malattie cardiovascolari, diabete, cancro e malattie polmonari croniche da un lato, e su consumo di tabacco, dieta insalubre, scarsa attività fisica e consumo nocivo di alcol dall'altro, si tende a restringere il campo di azione su problemi specifici e fattori prossimali senza contestualizzarli nel più ampio quadro dei determinanti da cui dipendono. E di fatto il Piano di azione, lasciando fuori dagli obiettivi i determinanti di salute (al contrario citati negli obiettivi della Strategia globale),⁸ elimina il richiamo all'azione nelle sfere politiche che vanno oltre quella strettamente sanitaria. La disattenzione rispetto all'importanza dei determinanti socio-economici e al loro impatto sull'epidemia delle malattie non trasmissibili si riflette anche su come è interpretata e letta la stretta relazione tra povertà e sviluppo di tali patologie. Laddove nella Strategia globale si parlava del circolo vizioso che si instaurava in maniera bidirezionale tra malattia e povertà, il Piano di azione prende in considerazione in maniera pressoché esclusiva l'impatto negativo che le malattie non trasmissibili hanno sullo sviluppo economico, riflettendo una visione riduzionista di stampo meramente economico. In questi termini tali patologie entrano a pieno titolo nei discorsi macroeconomici in quanto priverrebbero i Paesi delle loro forze produttive, riducendo le famiglie in povertà e imponendo agli Stati alti costi in termini di assistenza sanitaria. Inoltre il Piano di azione invita ad aprirsi a collaborazioni con partner quali la società civile, l'accademia, gli istituti di ricerca e il settore privato, senza però menzionare i possibili conflitti d'interesse che potrebbero insorgere e senza proporre strategie in grado di contrastarne gli eventuali effetti. È interessante notare come tale cambiamento di direzione sia avvenuto proprio durante un periodo in cui all'OMS lavoravano personaggi che accanto al loro ruolo consultivo e decisionale avevano, o avrebbero stretto in futuro, fitte relazioni con il mondo dell'industria, in particolare con quella agroalimentare e delle bevande.¹³

Il dibattito all'interno delle Nazioni unite

Gli argomenti presentati dai documenti sopracitati ed elaborati nel dibattito internazionale sono portati nel 2010 all'interno delle discussioni dell'Assemblea generale dell'Organizzazione delle Nazioni unite (ONU) che, "riconoscendo l'enorme sofferenza umana causata dalle

malattie non trasmissibili e la minaccia che queste rappresentano per l'economia di molti Paesi membri e per il raggiungimento degli obiettivi internazionali di sviluppo",¹⁴ decide di organizzare un incontro di alto livello per il 2011.^b Tale incontro, tenutosi a New York nel settembre 2011, e la Conferenza ministeriale svoltasi a Mosca cinque mesi prima,^c rappresentano le più recenti e importanti arene di discussione sul tema al di fuori dell'OMS. In ambedue gli eventi è stata forte l'eco delle posizioni discusse in precedenza e la salute – o meglio la malattia in termini di patologie non trasmissibili – è stata spesso considerata, al di là della retorica, come un mero fattore necessario per la crescita economica, un mezzo per raggiungere un fine piuttosto che un bene comune e un diritto umano. Prova di questa tendenza è il fatto che in entrambe le occasioni sono state pronunciate affermazioni importanti a cui spesso però non hanno fatto seguito azioni concrete attese, invece, visti i presupposti teorici enunciati nei numerosi documenti. Significativo l'intervento di Margaret Chan, Direttrice generale (DG) dell'OMS, alla conferenza di Mosca: "Oggi, molte delle minacce per la salute che contribuiscono all'insorgenza di malattie non trasmissibili provengono da grandi, ricche e potenti multinazionali, spinte più da interessi commerciali che da una genuina tutela della salute".¹⁵

Le parole di Margaret Chan vanno al cuore del problema e offrono una lucida analisi dell'attuale situazione e del ruolo che le multinazionali hanno nella genesi dell'epidemia di malattie non trasmissibili. Tuttavia la risposta globale che la stessa OMS sta offrendo è molto deludente in questo senso. Mentre l'importanza dei determinanti sociali, economici, politici e ambientali della salute e la necessità di azioni multisettoriali sono citate in quasi tutti i documenti, le strategie implementate sono orientate quasi esclusivamente verso interventi volti a modificare comportamenti individuali e le azioni multisettoriali sono intese per lo più come creazione di partnership con il settore privato. Ciò che è attualmente promosso per la lotta alle malattie non trasmissibili è infatti il cosiddetto "modello multistakeholder", che consiste nel far sedere allo stesso tavolo differenti attori, pubblici e privati. Questi tavoli da un lato sono presentati come paritetici nonostante gli enormi squilibri nella capacità dei vari attori che vi prendono parte di influenzare le decisioni

^b High-level Meeting on the Prevention and Control of Non-Communicable Diseases

^c La First Ministerial Conference on Healthy Lifestyles and Noncommunicable Disease Control è stata organizzata congiuntamente dalla Federazione Russa e dall'OMS con l'obiettivo di sostenere i Paesi membri nello sviluppo e nel rafforzamento di politiche e programmi su stili di vita salutari e prevenzione delle malattie non trasmissibili.

e le politiche anche attraverso potenti e carsiche azioni di lobby, dall'altro possono diventare teatro di enormi conflitti d'interessi proprio in virtù della diversa natura e obiettivi di coloro che vi partecipano. Significativo il fatto che gli incontri di Mosca e New York abbiano visto le industrie agroalimentari, farmaceutiche e produttrici di bevande alcoliche tra gli invitati ufficiali: il settore privato ha infatti preso parte ai tavoli negoziali sia attraverso rappresentanti inclusi nelle delegazioni di alcuni Paesi membri sia con organizzazioni proprie tra le fila della società civile.¹

Il “modello multistakeholder”: il settore privato e i potenziali conflitti d'interesse

L'affermarsi del “modello multistakeholder” – non solo nel campo delle malattie non trasmissibili – ha sollevato un vivace dibattito nella comunità scientifica internazionale e le posizioni a riguardo sono spesso contrastanti. I sostenitori affermano che una collaborazione con il settore privato potrebbe portare all'adozione da parte di quest'ultimo di pratiche più salutari e vantaggiose per la salute pubblica. In tal senso, e spesso contro quelle che sono le evidenze a riguardo, l'industria viene a essere considerata come parte della soluzione piuttosto che del problema.⁵ Inoltre, nell'attuale clima di crisi economico-finanziaria, un approccio di questo tipo potrebbe avere il vantaggio di mobilitare risorse non disponibili nel settore pubblico e di evitare conflitti diretti con il mondo dell'industria. Gli Stati si ritrovano infatti paralizzati: da un lato sono chiamati a tutelare la salute della loro popolazione, dall'altro sono tenuti in scacco dalle industrie con la minaccia dei disinvestimenti e delle gravi ripercussioni che vi sarebbero sul mercato del lavoro nel caso in cui fossero implementate regolamentazioni che danneggiano gli interessi privati.

Altri, tra cui personalità autorevoli e numerosi attori della società civile, esprimono invece preoccupazione rispetto al ruolo e alla posizione del settore privato e commerciale nel dibattito sulle malattie non trasmissibili.¹⁶ Secondo questi ultimi, coinvolgere il settore privato porta con sé il rischio di impedire ogni cambiamento strutturale e azione sui determinanti distali, la cui rilevanza all'interno dei documenti e del dibattito in seno al sistema dell'ONU è andata peraltro diminuendo progressivamente come precedentemente illustrato. A sostegno di questa tesi vi sono numerosi ed eclatanti esempi, che mostrano l'enorme influenza che le multinazionali alimentari, del tabacco e dell'alcol hanno sui Governi, sulle agenzie multilaterali e come questa ostacoli l'imple-

mentazione di efficaci politiche di sanità pubblica. Uno degli ultimi esempi degli effetti di quest'influenza è la proposta, contenuta nella bozza della dichiarazione circolata tra i Paesi membri prima dell'incontro di New York, di ridurre a cinque grammi il consumo giornaliero pro capite di sale, poi scomparsa dal testo finale dietro la pressione di industrie produttrici di bevande e cibi confezionati.¹ Azioni di lobby come quella citata sono una delle strategie usate dal settore privato che di fatto esercita a tutti i livelli un condizionamento orwelliano. Basti pensare alle pressioni sull'OMS attraverso le frequenti visite a Ginevra e la costante presenza durante le sessioni del Consiglio esecutivo (CE) e dell'AMS, alla fornitura di "assistenza tecnica" soprattutto ai Paesi a risorse limitate nello sviluppo di politiche di sanità pubblica fino alla manipolazione dell'opinione pubblica e persino della produzione di evidenze scientifiche di presunta neutralità.^{17,18}

Le dinamiche descritte possono essere attribuite, almeno in parte, al fatto che il settore privato – il cui coinvolgimento è sicuramente importante nella fase di implementazione delle politiche di sanità pubblica – è sempre più spesso chiamato a prendere parte attiva al processo stesso di definizione delle politiche, compito che spetterebbe esclusivamente ai Paesi membri che hanno, o almeno dovrebbero avere, interessi e obiettivi affatto diversi. A tal proposito Bill Jeffery, direttore regionale per l'America del Nord di un'organizzazione internazionale di advocacy per i diritti dei consumatori (International Association of Consumer Food Organisations), ha affermato che l'OMS – e più in generale tutto il sistema dell'ONU – deve stabilire chiari confini tra i propri processi decisionali e, da un lato, i produttori di alcol, cibi e bevande "i cui prodotti alimentano le malattie croniche", dall'altro le aziende farmaceutiche e di tecnologie biomediche, "la cui fortuna aumenta con ogni nuovo caso diagnosticato".¹ In ogni caso, sia laddove si stringano alleanze con il settore privato, sia laddove questo sia lasciato fuori dai tavoli negoziali, una strategia che non preveda la regolamentazione dei rapporti tra le istituzioni governative pubbliche e le multinazionali e non chiarifichi i rispettivi ruoli e responsabilità è molto probabilmente destinata a fallire. Infatti, mentre l'OMS fa sedere ai tavoli decisionali partner privati adducendo l'argomentazione di un miglior coordinamento delle azioni a favore della salute pubblica, Stati Uniti e Unione europea stanno implementando una serie di accordi commerciali che di fatto impediscono ancor più una regolamentazione delle grandi multinazionali.⁴ Esemplificativo in tal senso il fatto che, mentre all'OMS si discute su come gestire le malattie non trasmissibili anche da un punto di vista terapeutico, all'Organizzazione mondiale del commercio si la-

vora per includere negli accordi sulla proprietà intellettuale nuove clausole in grado di estendere la durata dei brevetti con il conseguente mantenimento degli alti prezzi dei farmaci. Ancora una volta quindi i dibattiti e i principali attori in gioco stanno eludendo lo spinoso problema del conflitto di interessi, evitando di definire delle misure in grado di proteggere la salute pubblica rispetto a interessi altri di cui sono portatori i soggetti privati.

Tra coloro che invece hanno richiamato l'attenzione su questo tema e sulle sue implicazioni vi è la Conflict of Interest Coalition, comprendente 150 organizzazioni della società civile unite dall'obiettivo comune di salvaguardare l'elaborazione di politiche di salute pubblica dagli interessi commerciali. In occasione del meeting di New York, la coalizione ha redatto una dichiarazione in cui si richiede espressamente l'elaborazione da parte dell'ONU di una chiara distinzione tra le organizzazioni portatrici di interessi commerciali (BINGO, Business-interest Non Governmental Organizations) e quelle votate all'interesse pubblico (PINGO, Public interest Non Governmental Organizations), sono attualmente riunite sotto la denominazione di "società civile". La coalizione ha inoltre esortato a sviluppare un codice di condotta che definisca un quadro etico chiaro per identificare e risolvere i conflitti di interesse, eliminando quelli insormontabili e gestendo quelli classificati come accettabili.¹⁹ Riflettere nell'ottica del conflitto di interesse pone inoltre una serie di interrogativi sul modello delle partnership descritto in precedenza. Organizzazioni della società civile, industria e mondo accademico, riunite sotto l'ombrello del termine stakeholder, sono invitate a partecipare al dibattito, senza però che prima sia fatta chiarezza sui loro diversi ruoli e senza che siano stabilite misure di salvaguardia contro i potenziali conflitti tra i loro interessi.¹

Conclusioni

Quanto illustrato finora mette in luce come quello delle malattie non trasmissibili sia un campo paradigmatico nel quale possono essere rintracciate dinamiche e interessi che prescindono dal semplice controllo tecnico di una condizione patologica. L'exkursus storico dai primi anni 2000 all'ultima AMS del maggio 2012 ha mostrato come, nonostante sia universalmente riconosciuto che i fattori che influenzano l'attuale epidemia di malattie non trasmissibili risiedano largamente al di fuori della portata della politica sanitaria e abbiano radici profonde nel vigente sistema politico ed economico, le strategie implementate si focalizzano su azioni settoriali. Laddove sarebbero necessari coraggiosi in-

terventi politici si propongono soluzioni tecniche, che agendo a livello prossimale non sono in grado di farsi carico delle “cause delle cause” e di proteggere dunque efficacemente la salute della popolazione. In tal senso, è necessario un riconoscimento esplicito del ruolo delle politiche di mercato nella diffusione dei fattori di rischio delle malattie croniche e un approccio più coerente volto a garantire che i futuri trattati economici non abbiano un ulteriore impatto negativo in termini di salute. Infatti, come sottolineato dagli autori di un recente articolo, il commercio, pur portando potenziali benefici per la salute attraverso la crescita economica, rappresenta uno dei principali fattori alla base del crescente carico di malattie croniche.²⁰ Al momento tuttavia non sembra che la maggior parte dei Paesi siano pronti a – o vogliano – prendere le misure necessarie per una regolamentazione del commercio internazionale a protezione della salute pubblica.

Il dibattito sulle malattie non trasmissibili mette inoltre in luce, ancora una volta, come vi sia un problema di governance della salute globale e apre interessanti interrogativi sul ruolo che l’OMS sta giocando e quello che invece potrebbe e dovrebbe giocare a protezione della salute pubblica. La crisi di governance dell’OMS e la crescente forza di altri poteri, in particolare quelli economici, si sta manifestando in maniera esemplare nel campo delle malattie non trasmissibili e gli esiti piuttosto deludenti della 65^a AMS e delle conferenze di Mosca e New York ne sono la prova tangibile. Parafrasando la voce della società civile in una lettera pubblicata sul *Lancet* nel 2011, si può concludere affermando, con una certa disillusione, che l’incapacità di affrontare questi problemi rischia di minare il potenziale impatto delle decisioni riguardanti la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili, rivelando l’incapacità di una leadership votata all’interesse pubblico.¹⁶

Riferimenti bibliografici

1. Cohen D. Will industry influence derail UN Summit? *BMJ* 2011;343:d5328
2. World Health Organization. Global Status Report on Non-Communicable Diseases 2010. WHO, Geneva, 2011
3. Stuckler D, Basu S, McKee M. Commentary: UN high level meeting on non-communicable diseases: an opportunity for whom? *BMJ* 2011;343:d5336
4. Global Health Watch www.ghwatch.org/who-watch/topics/ncd
5. Hastings G. Why corporate power is a public health priority. *BMJ* 2012;345:e5124
6. World Health Assembly. Document A65/54. Second report of Committee A. WHO, Geneva, 2012
7. NCDs and the UN: danger of a missed opportunity. *Lancet* 2012;380:1032.

8. World Health Assembly. Document A53/14. Global strategy for the prevention and control of non-communicable diseases. WHO, Geneva, 2000
9. World Health Assembly. Document WHA53.17. Prevention and control of non-communicable diseases. WHO, Geneva, 2000
10. World Health Assembly. Resolution 56.1. WHO Framework Convention on Tobacco Control. WHO, Geneva, 2003
11. World Health Organization. Engaging for Health. 11th General Programme of Work, 2006-2015. A Global Health Agenda. WHO, Geneva, 2006
12. World Health Assembly. Resolution 61.8. Action Plan for the implementation of the Global Strategy for the prevention and control of NCDs. WHO, Geneva, 2008
13. Cattaneo A. Vieni via con me. Lista dei conflitti d'interesse nella sanità globale <http://saluteinternazionale.info/2011/05/vieni-via-con-me-lista-dei-conflitti-d%E2%80%99interesse-nella-sanita-globale/>
14. General Assembly. Resolution 64/265. Prevention and control of non-communicable diseases. United Nations, New York, 2010
15. Chan M. The rise of chronic non communicable diseases: an impending disaster
www.who.int/dg/speeches/2011/global_forum_ncd_20110427/en/index.html
16. Lincoln P, Rundall P, Jeffery B et al. Conflicts of interest and the UN high-level meeting on non-communicable diseases. Lancet 2011;378:e6
17. Jernigan DH. Global alcohol producers, science, and policy: the case of the International Center for Alcohol Policies. Am J Public Health 2012;102:80-9
18. Brandt AM. Inventing conflicts of interest: a history of tobacco industry tactics. Am J Public Health 2012;102:63-71
19. Conflict of Interest Coalition. Statement of Concern <http://info.babymilkaction.org/sites/info.babymilkaction.org/files/COIC%2019.9.11.pdf>
20. Labonte R, Mohindra KS, Lencucha R. Framing international trade and chronic disease. Globalization and Health 2011;7:21