



SISTEMA SALUTE

LA RIVISTA ITALIANA DI EDUCAZIONE SANITARIA E PROMOZIONE DELLA SALUTE

già *Educazione Sanitaria e Promozione della Salute*

vol. 58, n. 2, aprile-giugno 2014

Sistema Salute. La Rivista Italiana di Educazione Sanitaria e Promozione della Salute è Organo del Centro sperimentale per l'educazione sanitaria dell'Università degli studi di Perugia. Già diretta da Alessandro Seppilli

Direzione e Redazione: Centro sperimentale per l'educazione sanitaria, Università degli studi di Perugia, via del Giochetto 6, 06126 Perugia / tel.: 075.5857357-56-55 - fax: 075.5857361 / e-mail: paola.beatini@unipg.it / www.unipg.it/csesi

Direttore responsabile: Filippo Antonio Bauleo, Azienda Sanitaria n. 2, Regione Umbria

Presidente del Comitato scientifico: Maria Antonia Modolo, Università degli studi di Perugia

Redattore capo: Lamberto Briziarelli, Università degli studi di Perugia

Segretario di redazione: Paola Beatini, Università degli studi di Perugia

Editing: Maria Margherita Tinarelli, Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute

Autorizzazione del Tribunale di Perugia n. 4 del 17 febbraio 2012

Comitato scientifico: Bruno Benigni, Centro di promozione per la salute "Franco Basaglia" (Arezzo) / Mario Bertini, Società italiana di psicologia della salute, già professore di psicologia, Sapienza Università di Roma / Francesco Blangiardi, Società italiana di igiene, medicina preventiva e sanità pubblica, Dipartimento di prevenzione AUSL n. 7 della Sicilia (Ragusa) / Sabrina Boarelli, Ufficio scolastico regionale per l'Umbria / Antonio Boccia, Società italiana di igiene, medicina preventiva e sanità pubblica, professore di igiene, Sapienza Università di Roma / Francesco Bottacciacoli, Società italiana di psiconeuroimmunologia (Roma) / Lamberto Briziarelli, già professore di igiene, Università di Perugia / Antonio Cappelli, Centro italiano ricerca sui servizi sanitari e sociali (Roma) / Carla Collicelli, Fondazione CENSIS (Roma), professore di sociologia della salute, Sapienza Università di Roma / Paolo Contu, professore di igiene, Università di Cagliari / Michele Conversano, Società italiana di igiene, medicina preventiva e sanità pubblica, Dipartimento di prevenzione ASL Taranto / Giorgio Cosmacini, professore di storia della medicina, Università Vita-Salute San Raffaele (Milano) / Claudio Cricelli, Società italiana di medicina generale / Barbara D'Avanzo, Dipartimento di neuroscienze, Istituto di ricerche farmacologiche "Mario Negri" (Milano) / Paola Di Nicola, professore di sociologia dei processi culturali e comunicativi, Università di Verona / Floriana Falcinelli, professore di didattica generale e tecnologie dell'istruzione, Università di Perugia / Carlo Favaretti, Health promoting hospital & health services network, Azienda ospedaliera-universitaria "Santa Maria della Misericordia" (Udine) / Luigi Ferrannini, Società italiana di psichiatria, Dipartimento di salute mentale, ASL n. 3 della Liguria (Genova) / Irene Figà-Talamanca, già professore di igiene, Sapienza Università di Roma / Fabrizio Fornari, Università "Gabriele D'Annunzio", Chieti-Pescara / Salvatore Geraci, Area sanitaria della Caritas Diocesana Roma / Mariano Giacchi, professore di igiene generale e applicata, Università di Siena / Guido Giarelli, European society for health and medical sociology, professore di sociologia generale, Università Magna Graecia (Catanzaro) / Margherita Giannoni, professore di economia sanitaria, Università di Perugia / Marco Ingrosso, professore di sociologia generale, Università di Ferrara / Domenico Lagravinese, Società italiana di igiene, medicina preventiva e sanità pubblica, Dipartimento di prevenzione ASL Bari / Gavino Macioccio, Osservatorio italiano sulla salute globale, professore di politica sanitaria internazionale, Università di Firenze / Maurizio Mori, già professore di medicina di comunità, Università di Perugia / Aldo Morrone, Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti ed il contrasto delle malattie della povertà, Roma / Pio Enrico Ricci Bitti, Società italiana di psicologia della salute, professore di psicologia generale, Università di Bologna / Walter Ricciardi, European public health association, professore di igiene generale e applicata, Università Cattolica del Sacro Cuore (Roma) / Paola Rivoecchi, professore di metodologia epidemiologica e igiene, Università di Perugia / Roberto Romizi, Associazione internazionale dei medici per l'ambiente / Tullio Seppilli, già professore di antropologia culturale, Università di Perugia, Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia) / Paolo Siani, Associazione culturale pediatri, Ospedale Cardarelli (Napoli) / Gianfranco Tarsitani, professore di igiene, Sapienza Università di Roma / Maria Teresa Tenconi, professore di igiene, metodologia epidemiologica e medicina di comunità, Università di Pavia / Maria Triassi, professore di igiene generale e applicata, Università Federico II di Napoli / Enrico Tempesta, Osservatorio permanente giovani e alcol, Roma / Maria Giovanna Vicarelli, professore di sociologia dei processi economici e del lavoro, Università Politecnica delle Marche (Ancona) / Mauro Volpi, professore di diritto costituzionale, Università di Perugia.

Comitato di redazione: Sandro Bianchi, Associazione culturale pediatri (sezione Umbria) / Sabrina Flamini, Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia) / Fausto Francia, Dipartimento di sanità pubblica, AUSL Bologna / Patrizia Garista, Università di Perugia / Edvige Mancinelli, Università di Perugia / Giuseppe Masanotti, Università di Perugia / Liliana Minelli, Università di Perugia / Giovanni Paladino, Università Federico II di Napoli / Damiano Parretti, Società italiana di medicina generale (sezione Umbria) / Rossana Pasquini, Università di Perugia / Enrico Petrangeli, Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia) / Giancarlo Pocetta, Università di Perugia / Carlo Romagnoli, ASL n. 2 dell'Umbria / Tiziano Scarponi, Società italiana di medicina generale (sezione Umbria) / Francesco Scotti, Gruppo tecnico interregionale per la salute mentale, Regione Umbria.

	133	<i>In questo numero</i> Perché in Europa Lamberto Briziarelli
<i>Editoriale</i>	136	Coesione sociale, partecipazione, sistemi sanitari Maria Antonia Modolo
<i>Monografia</i>	139	Una rassegna sullo stato di salute nell'Unione Europea, determinanti individuali e ambientali Giuseppe Masanotti
	156	Salute e qualità della sopravvivenza in Europa Donatella Lanari, Liliana Minelli
	168	Da "Health for All" a "Universal Health Coverage" Gavino Maciocco
	178	La promozione della salute in Europa: alcuni obiettivi e strumenti per una migliore organizzazione Paolo Contu
	183	La sanità sotto scacco della finanza internazionale e delle politiche di austerità: l'Europa la sede per ripensarne la governance Enza Caruso
<i>Altri contributi</i>	200	Salute mentale in tempo di crisi: dai contesti alle persone Alice Cervetti, Giorgio Rinosi, Lucio Ghio, Luigi Ferrannini

	212	L'Information Communication Technology (ICT) al servizio dell'empowerment e della qualità dei servizi integrati domiciliari. Quale possibile impatto per i distretti? Paolo Da Col, Marco d'Angelantonio
<i>Recensioni</i>	229	
<i>Schede</i>	231	
<i>Documenti</i>	234	Investire in salute Documento di lavoro dei servizi della Commissione UE Pacchetto per gli investimenti sociali - Febbraio 2013
<i>Notiziario</i>	247	Federalismo, Cittadinanzattiva: "I conti vanno meglio, ma servono più garanzie sui Lea" / Ricerca RBM-CENSIS "Costruire la sanità integrativa" / Frutta nelle scuole: ecco il programma per l'anno scolastico 2014-2015 / Istituto Superiore di Sanità, Regione Umbria, Orvieto 22-23 ottobre 2014 Centro congressi "Palazzo del Capitano del Popolo" Costruire insieme la salute. Programmi e interventi di promozione della salute tra intersettorialità, sostenibilità ed efficacia <i>a cura di Giancarlo Pocetta</i> / Appunti dopo il XII Congresso Nazionale CARD <i>Paolo Da Col</i>

IN QUESTO NUMERO

Perché in Europa

Why in Europe

Lamberto Briziarelli

Nel percorso intrapreso con l'aggiunta di *Sistema Salute* al titolo della nostra rivista, abbiamo cercato di lavorare a tutto campo, nel tentativo di integrare sempre meglio il significato di "salute globale" e "salute in tutte le politiche", nell'ambito dei determinanti, con un'attenzione sempre maggiore a quelli sociali.

E dunque abbiamo voluto aprire uno spazio ancora maggiore alla nostra analisi del dove siamo con la Promozione della salute e l'educazione sanitaria, andando oltre i confini nazionali e guardando all'intero nostro continente essendo convinti che – senza andare oltre i limiti del nostro terreno di lavoro – anche in questo settore occorre operare in un ambito più vasto di quello nazionale. E che gli obiettivi di fondo della Promozione della salute, appena sopra richiamati non possono realizzarsi che con interventi concordati a livello sovranazionale, integrati e strettamente correlati, onde concorrere certamente allo stesso fine. Alle tanto auspiccate politiche comuni – estera, economica,

monetaria, ecc – necessarie per inverare completamente la parola Unione pensiamo sia da aggiungere anche quella per la salute di tutti gli individui che popolano il continente, senza distinzione alcuna. Siamo certi che il cammino verso la vera unificazione europea passi anche per questa strada, essendo oramai assodato che la salute rappresenta un vero fattore di sviluppo e di crescita e non, come sino ad oggi è stata considerata, una diseconomia.

Abbiamo dunque preso in considerazione una serie di aspetti attraverso i quali mettere in evidenza i punti salienti necessari a fornire un quadro di riferimento più ampio possibile, utile ad indicare i punti di forza e le debolezze, i rischi e le possibilità con i quali costruire le politiche ed i conseguenti sviluppi operativi.

L'immagine complessiva, anche nel nostro settore, è quella che appare dai contributi mediatici internazionali, denunciata da molti esperti come fondamentale debolezza dell'Europa rispetto alle potenze emer-

genti, all'aggressione degli altri continenti: un insieme di stati disomogenei e molto diversi, legati ancora tutti al proprio passato, non più in guerra- questo è vero - da più di mezzo secolo - ma ancora belligeranti con altre armi, non meno pericolose. Incapace di affrontare con forza sufficiente - proprio perché divisi - le sfide che la globalizzazione pone. I sistemi sanitari sono profondamente diversi, i regimi di finanziamento lontanissimi fra loro, il livello delle prestazioni, l'accesso ad esse e i loro costi sostengono nuovi e crescenti fenomeni migratori, fra i diversi Paesi e al loro interno.

Il quadro epidemiologico, nonostante le rassicuranti statistiche dell'OMS, è tutt'altro che ottimale mostrando la persistenza di una serie di fattori di rischio assolutamente evitabili, dai quali derivano inconcepibili fenomeni di morbosità e mortalità comparati con le potenzialità economiche e i livelli tecnici raggiunti dai servizi sanitari, la grande disponibilità di strumentazioni tecnologiche avanzatissime e di un armamentario farmaceutico incredibilmente potente. Ma soprattutto emerge il permanere di profondissime disparità e disuguaglianze, vere e proprie iniquità fra le diverse articolazioni della società e della popolazione. Differenze che aumentano anziché diminuire, assieme alla ricomparsa di fenomeni negativi che pensavamo scomparsi, profondi arretramenti rispetto a condizioni fino a poco tempo fa migliori, esplosione di nuove patologie legate alla concorrenza e al perseguimento di interessi di basso livello, a politiche di liberalizzazione falsamente intesa. Non meno preoccupante, in questo contesto, le contraddizioni dei mutamenti demografici, con la crescita continua della speranza di vita, che vede una massa enorme di individui ultra ottantenni con diverse disabilità, sempre più bisognosi di assistenza sanitaria

e sociale, molto isolati e a rischio di emarginazione. Mentre non cala, in molti paesi, il numero delle morti precoci e di quelle evitabili per ragioni di mancanza di prevenzione.

I due saggi – il primo di *Giuseppe Masanotti* e a seguire quello di *Liliana Minelli* e *Donatella Lanari* – che vertono su questi argomenti, doviziosamente documentati, sono estremamente illuminanti e ci si chiede come mai questi dati siano poco all'attenzione dei governanti ai vari livelli delle Nazioni europee.

Eppure ad essi non sono mancate indicazioni precise, come le prese di posizione sempre più nette dell'OMS e dell'Unione Europea che hanno espresso un richiamo pressante agli Stati membri per un impegno maggiore nella promozione e difesa della salute, mettendo in evidenza i ritardi e le situazioni di insufficiente sviluppo o addirittura di arretramento. Presi come sono a rispondere alla gravissima crisi economica che ha messo in ginocchio molti Paesi, addirittura con rischi di fallimento essi non considerano l'elemento salute nella sua giusta dimensione di fattore di sviluppo

Il loro compito dovrebbe anzi essere più facile che negli altri settori di intervento in quanto, oramai da diversi decenni, la comunità degli studiosi e degli operatori del settore ha trovato una totale unità di intenti su indicazioni molto precise, modelli e applicazioni concrete, mostrando risultati tangibili. E dichiarandosi pronta ad operare in tal senso.

L'analisi della situazione internazionale dei servizi sanitari, sotto il profilo organizzativo, assicurativo e legislativo mostra come le modificazioni impresse con le politiche neoliberiste di Reagan e Thatcher – delle quali noi stessi abbiamo già da tempo denunciato gli effetti perversi su questa stessa

rivista – hanno indotto solo conseguenze negative e siano state sottoposte a correttivi. Spettacolare è la revisione delle posizioni dei Fondi internazionale, che hanno annunciato cambiamenti dei loro interventi. Mentre esempi virtuosi non mancano in qualche paese, specie riguardo ai sistemi di finanziamento del servizio sanitario, dove si dimostra il fallimento della politica delle assicurazioni che, anche laddove sembrano funzionare abbastanza bene, come in Germania e Francia, non sono in grado di garantire livelli di spesa sopportabili e comunque sempre più elevati di quelli dei Paesi nei quali esistono regimi di servizio sanitario nazionale.

Indicazioni molto precise vengono fornite anche su indirizzi specifici di intervento a sostegno delle politiche di promozione della salute nei servizi sanitari e sociali, specie in un contesto nel quale si denuncia un forte ritardo rispetto a tutto quanto elaborato sul piano culturale e scientifico, assieme ad una colposa inosservanza di norme di indirizzo ma anche di disposizioni prodotte dagli organismi internazionali sovra governativi.

In questo particolarmente in ritardo è il nostro Paese, sempre disattento a quanto è scritto nei Piani e programmi dell'Unione europea, tanto da dover essere costretto a pagare multe salatissime. E la situazione rischia di peggiorare per l'insorgenza di crescenti fenomeni di euroscetticismo privi di qualsiasi supporto razionale, che fanno leva strumentalmente sull'effettivo disagio di molta parte delle popolazioni e sul peggioramento effettivo delle loro condizioni di vita e di lavoro, sul calo del welfare state conseguenza di quelle politiche prima richiamate che molti dei partiti euroscettici e

xenofobi hanno in passato sostenuto.

Il quadro presentato si completa opportunamente con il contributo di *Gavino Maciocco* che con grande lucidità evidenzia percorsi differenziati che mostrano come i problemi di difesa della salute possano essere ugualmente affrontati in paesi con profonde differenze economiche e di modalità di gestione, specificando che gli indirizzi conseguenti le Raccomandazioni internazionali possono essere interpretate anche con politiche che esitano in risultati diversi a quelli attesi (sistemi assicurativi versus sistemi di sicurezza sociale).

Il vicepresidente dell'IUHPE *Paolo Contu* affronta un tema complementare e necessario allo sviluppo della promozione della salute attraverso iniziative di formazione dei professionisti che nei vari settori dovranno curare l'organizzazione e l'impostazione di programmi di formazione a cascata.

Completa in modo molto opportuno il quadro la riflessione di *Enza Caruso* che mostra come i singoli paesi non possano da soli affrontare le sfide complessive poste dalla globalizzazione e dalle crisi economiche e rispondere alla richiesta crescente di salute della popolazione in mancanza di un quadro continentale più coeso e con politiche globali.

Mostrando ulteriormente la necessità di una Unione europea effettiva e non una semplice confederazione di stati. Viene altresì messo in evidenza in maniera inequivocabile il danno crescente che deriva dalla dominazione della finanza e del mercato sulle restanti politiche, in particolare, allorchè si evidenzia sempre più importante il concetto di salute come risorsa dell'economia e non come passività.

Coesione sociale, partecipazione, sistemi sanitari

Social cohesion, participation, health services

Maria Antonia Modolo

Le discussioni e le analisi sui sistemi sanitari e sui problemi posti dai temi derivanti dalla scelta di obiettivi di “promozione della salute” hanno spinto la redazione verso una riflessione condivisa sulla situazione nel nostro Paese e nell’Europa. Ci si è chiesto, viste le premesse storiche dei sistemi sanitari nel Continente, è possibile pensare di proporre un servizio sanitario europeo, con impostazioni simili in tutto il Continente? Forse è il momento storico e politico adatto. Forse il tema salute è quello che consente meglio di riflettere su aspetti comuni della vita dei popoli europei. Un tema che meglio di altri rende più agevoli nuovi percorsi, in un momento politico in cui emergono perplessità.

In verità il Continente ha affrontato aspetti relativi ai problemi di salute della popolazione, d’impostazione ancora attuale, fin dall’inizio dell’evoluzione industriale nella seconda metà del secolo XIX per affrontare i problemi di salute dei lavoratori che, avendo lasciato i contesti rurali, affluivano nelle

fabbriche. Nei contesti rurali la solidarietà della comunità ristretta consentiva di risolvere problemi e difficoltà quotidiane, anche quelli connessi con la salute. Nella città industriale era necessario individuare altri approcci.

Emerse una duplice soluzione. I lavoratori fondarono “società di mutuo aiuto”, i datori di lavoro proposero le “mutue” per l’assistenza sanitaria. Due iniziative dal duplice risultato, la Mutua assisteva per la diagnosi e cura nella malattia, la Società operaia di mutuo aiuto era ambito in cui analizzare i problemi dal punto di vista dei soggetti interessati e comprendere e valutare il da farsi: partecipazione e conoscenza.

Nel secolo breve, praticamente tutti i Paesi d’Europa affrontarono il problema, adottando il sistema mutualistico per l’assistenza sanitaria dei lavoratori e loro famiglie, o un sistema più generale per l’assistenza di tutti i cittadini, in ogni posizione lavorativa si trovassero, il sistema del National Health Service in Gran Bretagna e, successivamen-

te, in altri paesi tra i quali l'Italia con il Servizio Sanitario Nazionale (L.833 /1978) e l'affermazione del "diritto costituzionale" alla salute.

[“Costituzione italiana Titolo II art.32 La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.”]

Le basi che hanno sostenuto studi e proposte per il Servizio sanitario nazionale italiano potrebbero essere punti di analisi e discussione anche per un sistema sanitario europeo.

I punti appaiono strategici oggi anche più di qualche decennio fa. Nel 1952 l'Organizzazione Mondiale della Sanità, in una prima conferenza a Londra sull'Educazione sanitaria, individuò punto centrale la formazione della popolazione, del cittadino, come elemento guida per affrontare problemi di salute, in un periodo molto complesso, come quello dalla fine della seconda guerra mondiale che aveva fortemente coinvolto l'Europa. Siamo alle basi della rinascita. Si stimolano i Paesi a istituire Centri per l'Educazione sanitaria. La risposta fu molto costruttiva: fu fondata l'International Union for Health Education con sede a Parigi, molto attiva fino ad oggi con le sue Conferenze annuali in ogni parte del Mondo. In Italia si fondarono due Centri uno a Milano (ormai obsoleto) e uno a Perugia, il Centro Sperimentale Dimostrativo per l'Educazione Sanitaria della Popolazione (CSDESP), assistito dall'OMS, oggi, nel suo sessantesimo dalla fondazione ancora attivo, come dimostrano gli impegni in vari campi di formazione e di comunicazione. Sottolineo

le caratteristiche che ebbe, e che ha, quel Centro poiché presentano elementi ancora oggi di non secondario rilievo.

Educazione formazione, competenza, partecipazione, coesione sociale, oltre il diritto alla cura, riabilitazione, prevenzione, verso la promozione della salute. Ed inoltre la pressione sulla pluridisciplinarietà, la responsabilità per la salute dei cittadini di tutte le istituzioni.

Si tratta di elementi che possono rintracciarsi nei documenti della Commissione Europea, Directorate General “Research Innovation Unit B.S. Social Sciences and Humanities”, che stimola innovazioni in vari ambiti relativamente a teorie, metodi, politiche, per produrre analisi volte a interessare decisori politici.

Tra i primi ambiti indicati: “sistemi di welfare e servizi”. Nel 2011 l'allora Presidente Barroso sostenne che per superare le disuguaglianze in salute il Programma Social Innovation in Europe (SIE) dovesse riformulare i determinanti sociali e i servizi, come idea di grande rilievo per la Commissione”, “...” “e per la gente e con la gente ... è per la solidarietà e la responsabilità” ... “oggi la forte tradizione europeo d'innovazioni sociali è più necessaria che mai” ... “con un approccio: imparare gli uni dagli altri per il futuro”.

Recentissimamente la Relazione della Commissione per Horizon 2014-2020 sostiene questi punti e in modo specifico sottolinea tra i sei temi chiave da adottare: salute al primo posto, cambiamenti demografici e bene-essere, includendo sicurezza alimentare, energia efficiente, agricoltura, bio-economia.

Nel Rapporto si enfatizza il bisogno di superare le disuguaglianze nella salute e ristrutturare i determinanti di salute, ribadendo la proposizione dell'OMS nella quale

si cita la caratteristica di tali determinanti, collegati alle condizioni nelle quali le persone nascono, vivono, lavorano, invecchiano, includendo i sistemi sanitari.

Non è superfluo sottolineare come la scelta della responsabilità per il Servizio sanitario italiano, di affidare l'organizzazione della Unità Sanitarie Locali alle amministrazioni comunali fosse ai suoi tempi già coerente con quanto sostenuto ancora oggi dalla Commissione Europea.

La Commissione suggerisce di attivare ricerche in questo campo e noi riteniamo che ciò è dirimente, l'Italia può aprire il dibattito, riconoscendo il valore delle sue elaborazioni culturali, senza trascurare, tuttavia, di analizzare e sottolineare le difficoltà e i rischi che possono interferire con le attuazioni e le politiche, come è accaduto con la scelta di inserire nel sistema la scelta organizzativa ed economica della "Azienda Sanitaria".

Una rassegna sullo stato di salute nell'Unione Europea, determinanti individuali e ambientali

A survey on health in the European Union: individual and environmental determinants

Giuseppe Masanotti

Centro sperimentale per la Promozione della salute e l'Educazione sanitaria, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università degli Studi di Perugia

Parole chiave: epidemiologia, Europa, livelli di salute

RIASSUNTO

Obiettivi: redigere una rassegna sullo stato di salute nell'Unione Europea, cercando di dare una dimensione dei determinanti individuali ed ambientali maggiori.

Metodologia: esame e analisi dei dati pubblicati dalla Commissione europea, dall'OMS o da ricerche finanziate dall'Unione Europea.

Risultati: in media, la speranza di vita nell'UE è passata da 65 anni negli anni cinquanta a 80 anni nel 2010. C'è da registrare una differenza ancora di circa 9 anni tra i singoli paesi dell'UE per questo indicatore. Complessivamente, il tasso di mortalità infantile è sceso di oltre l'80% tra il 1975 e il 2010. Dal 1985 il numero di decessi per cancro è aumentato del 12% tra gli uomini e del 9% tra le donne, ma si registra anche un aumento del tasso di sopravvivenza per diversi tipi di cancro, tra cui il cancro del colon retto e del seno, grazie alla diagnosi precoce e a terapie più efficaci. Per quanto riguarda l'invecchiamento della popolazione si stima che, in Europa, tra le persone di età superiore a 65 anni la probabilità di sviluppare demenza raddoppia ogni cinque anni. Infine esistono enormi differenze, a livello dei determinanti di salute individuali ed ambientali, tra i paesi e le regioni dell'UE e al loro interno. I singoli determinanti sono fortemente influenzati da fattori quali cultura, storia, ma anche dall'occupazione, il reddito, l'istruzione, l'appartenenza etnica e l'accesso all'assistenza sanitaria.

Key words: epidemiology, Europe, health status

SUMMARY

Objectives: compile a survey on health in the European Union, trying to include also a some kind of the dimensions of the individual and environmental determinants of health.

Methodology: review several fonts of information coming from the European Union or from WHO, including the results of some research projects financed by the EU.

Results: on average, life expectancy in the EU increased from 65 years in the 1950s, to 80 years by 2010. Life expectancy still varies by around 9 years between EU countries. There was a cumulative reduction in infant mortality of over 80% between 1975 and 2010. Since 1985, EU cancer deaths have increased by 12% for men and by 9% for women, but have been registered an increase in the survival rates for different types of cancer, including colorectal and breast, thanks to earlier detection and better treatment. Regarding the aging issue the likelihood of developing dementia in people aged 65+ roughly doubles every five years in Europe. Huge differences in individual and environmental health determinants exist between and within EU countries and regions. The single determinants are strongly influenced by factors such as culture, history, but also from employment, income, education and ethnicity, as well as access to healthcare.

Salute e qualità della sopravvivenza in Europa

Healthy life expectancy in Europe

Donatella Lanari, Liliana Minelli

Donatella Lanari

Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università degli Studi di Perugia

Liliana Minelli

Centro sperimentale per la Promozione della salute e l'Educazione sanitaria, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università degli Studi di Perugia

Parole chiave: qualità della sopravvivenza a 65 anni; Europa; disuguaglianze territoriali e di genere

RIASSUNTO

Introduzione: gli ultimi decenni sono stati segnati da un aumento senza precedenti della speranza di vita della popolazione europea. E' tuttavia necessario domandarsi se al progressivo allungamento della vita corrisponda un aumento degli anni vissuti in buona salute o, al contrario, questo si traduca in una crescita del numero di anni in condizioni di malattie e disabilità più o meno gravi.

Obiettivi: in questo lavoro ci proponiamo di verificare se (e in che misura) in Europa si stia verificando una compressione o espansione della morbosità, attraverso l'analisi degli indicatori sulla qualità della salute che rappresentano dei validi strumenti per evidenziare le disuguaglianze di genere e territoriali tra i vari stati membri.

Metodologia: gli indicatori analizzati, disponibili nel database Eurostat e Ehemu, sono tre: speranza di vita a 65 anni senza disabilità, senza malattie croniche e in buona salute percepita.

Risultati: i risultati evidenziano, da un lato, la presenza di una sorta di spartiacque tra l'Europa Occidentale e i paesi dell'Est Europa e quelli Baltici in cui, generalmente, si riscontrano situazioni più svantaggiate, come confermato da tutti e tre gli indicatori. Dall'altro lato, emerge uno svantaggio di salute delle donne rispetto agli uomini, in quanto passano un numero maggiore di anni della loro vita in cattive condizioni di salute e spesso sono soggette a gravi problemi di salute.

Key words: Healthy Life Years at age 65; Europe; geographical and gender inequalities

SUMMARY

Introduction: the past few decades have been marked by a strong increase in life expectancy of the European population. It's interesting to know whether the years gained are spent in good health or with disabilities and in a state of dependence.

Objectives: this paper aims to determine whether (and to what extent) Europe is experiencing a compression or expansion of morbidity, through the structural indicators of Healthy Life Years that represent valuable tools to highlight territorial and gender inequalities.

Method: the three types of indicators used, which are available in the Eurostat and Ehemu database, concern life expectancy at age 65 without disabilities, without chronic diseases and in good perceived health.

Results: results show a divide between Western and Eastern Europe and the Baltic States, the latter characterised by a health disadvantage according to the three indicators. Moreover, gender differentials in health emerge since women live with health problems for substantially more years of their lives than men.

Da “Health for All” a “Universal Health Coverage”

From “Health for All” to “Universal Health Coverage”

Gavino Maciocco

Dipartimento di Sanità Pubblica, Università di Firenze

Parole chiave: diritto alla salute, diseguaglianze nella salute, sistemi sanitari, Messico, Cina.

RIASSUNTO

Obiettivi: esaminare la capacità dei servizi sanitari di garantire il diritto alla salute, copertura universale, uguaglianza di accesso.

Metodologia: analisi dei documenti e degli indirizzi strategici dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, delle Nazioni Unite; studio di casi: Messico e Cina.

Risultati: sono tre i problemi, fondamentali e tra loro collegati, che impediscono ai paesi del mondo di raggiungere la copertura universale. Il primo è la disponibilità di risorse; la seconda barriera è il pagamento diretto delle prestazioni. L'obbligo di pagare nel momento del bisogno impedisce a milioni di persone di accedere ai servizi oppure di dovere andare incontro a spese catastrofiche e spesso di finire in povertà. Il terzo impedimento verso un rapido raggiungimento della copertura universale è l'inefficiente e iniquo uso delle risorse. Secondo una stima prudente, il 20-40% delle risorse sanitarie sono sprecate. Ridurre questi sprechi migliorerebbe grandemente la capacità dei sistemi sanitari di fornire servizi di qualità e di migliorare la salute della popolazione.

Key words: health as right, inequalities in health, health systems, Mexico, China.

SUMMARY

Objectives: to examine the health system ability to provide health right, universal coverage, access equality.

Method: World Health Organization and United Nations document and strategic guidelines analysis. Case studies: Mexico and China.

Results: three fundamental, interrelated problems restrict countries from moving closer to universal coverage. The first is the availability of resources; the second barrier to universal coverage is an overreliance on direct payments at the time people need care. The obligation to pay directly for services at the moment of need prevents millions of people receiving health care when they need it. For those who do seek treatment, it can result in severe financial hardship, even impoverishment. The third impediment to a more rapid movement towards universal coverage is the inefficient and inequitable use of resources. At a conservative estimate, 20–40% of health resources are being wasted. Reducing this waste would greatly improve the ability of health systems to provide quality services and improve health.

La sanità sotto scacco della finanza internazionale e delle politiche di austerità: l'Europa la sede per ripensarne la governance

Health in check of international finance and austerity policies. Europe headquarters for rethinking the governance

Enza Caruso

Università degli studi di Perugia - Dipartimento di Economia; Centro di analisi delle politiche pubbliche dell'Università di Modena e Bologna.

Parole chiave: Europa; Italia; crisi economica e finanziaria, spesa sanitaria, governance.

RIASSUNTO

Obiettivi: il saggio si concentra sulla debolezza dei governi nazionali nella capacità di salvaguardare le risorse per la copertura universale del diritto alla salute e pone l'accento sulla necessità di ripensare i vincoli sugli obiettivi di salute ad un livello sovraordinato europeo.

Metodologia: il saggio analizza l'impatto della crisi finanziaria ed economica e delle politiche di austerità imposte dalla nuova governance europea, che hanno aggredito pesantemente i budget governativi, sulla spesa sanitaria italiana e dei principali paesi europei. Il saggio utilizza sia i dati Oecd 2013 per le comparazioni di spesa sanitaria (pubblica e privata) tra i paesi europei sia i dati ministeriali del Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS) per gli approfondimenti delle politiche di contenimento dei costi e dei deficit in sanità.

Risultati: la sanità è stata il principale bersaglio delle politiche di contenimento della spesa pubblica in tutti i principali paesi europei. In Italia il controllo della crescita della spesa sanitaria è iniziato però ben prima. Le manovre finanziarie cumulativamente caricate sul settore stanno producendo risultati migliori delle previsioni. Con risorse scarse i governi nazionali, sempre più deboli, faticano a garantire la tutela del diritto alla salute con prestazioni di buona qualità e oggi è a rischio la sopravvivenza dei sistemi sanitari a copertura universale. Il problema della sostenibilità dei sistemi sanitari dovrebbe essere assunto come una priorità politica della governance europea con vincoli forti e gli obiettivi di salute non dovrebbero essere subordinati agli obiettivi macroeconomici dei bilanci in pareggio.

Key words: Europe, Italy, financial and economic crisis, health expenditures, governance.

SUMMARY

Objectives: the paper focuses on the weakness of National governments in the ability of preserving resources to safeguard the universal coverage of the right to health. It also emphasizes the need to constraint health goals at higher level of government (European level).

Methods: the paper analyzes the impact of financial and economic crisis, which has attacked severely the National government budgets, due to the austerity policies imposed by the new European governance, on health public spending in Italy and many European countries. The paper uses both OECD 2013 health data and Italian Health Ministry data of the New health information system (NSIS). The former to make comparisons on public and private expenditures among countries, the latter for further details of cost-containment policies on Italian health expenditure and deficits.

Results: health care has been the main target of curbing public expenditure in almost all European countries. However, Italian policies aimed to control the growth of public health spending began before the crisis. The corrective measures cumulatively charged on health budget, have been producing results better than projections. Weak National governments, that have to make decisions with increasingly scarce resources, are struggling to ensure the right to health and to provide appropriate care of high quality. Now, the survival of universal health care systems is at risk. The issue of healthcare sustainability should be assumed as a political priority of European governance with strong constraints and health goals should not be subordinated to other macroeconomic objectives of balanced budgets.

Altri contributi

Salute mentale in tempo di crisi: dai contesti alle persone

Mental health in time of crisis: from contexts to people

Alice Cervetti, Giorgio Rinosi, Lucio Ghio, Luigi Ferrannini

Alice Cervetti, Giorgio Rinosi, Lucio Ghio
IRCCS AOU San Martino-IST, DINO GMI, Clinica Psichiatrica, Genova

Luigi Ferrannini
Consulente Agenzia Sanitaria Regione Liguria, Past President Società Italiana di Psichiatria

Parole chiave: crisi economica, salute mentale, isolamento, diseguaglianza.

RIASSUNTO

Obiettivi: analizzare l'impatto dell'attuale crisi economico/sociale/relazionale sui servizi di psichiatria di comunità e sugli approcci di salute mentale.

Metodologia: analisi di casi clinici

Conclusioni: gli esempi clinici sottolineano come la crisi economica abbia spostato il peso della bilancia dei fattori determinanti verso i fattori socio-esistenziali e ha portato ancor più alla luce il tema delle diseguaglianze in salute mentale. I professionisti dovranno utilizzare -ampliandola- la capacità di individuare i bisogni reali e le attese realistiche, introducendo compatibili dimensioni del senso e della speranza nei processi di cura e lavorare al contempo sulla progettualità, sulla costruzione di reti, di servizi non solo sanitari di prossimità ed auto aiuto, di accompagnamento vero e non burocratico.

Key words: economic crisis, mental health, isolation, inequality

SUMMARY

Objectives: analyze the impact of the current economic/social/relational crisis on the services of community psychiatry and on the approaches on the mental health.

Methodology: clinical cases analysis

Conclusions: the clinical examples highlight how the economic crisis has shifted the weight of the balance of determinant factors to socio-existential factors and brought even more to light the issue of inequalities in mental health. The professionals will have to use – enlarging - the ability to identify the real needs and realistic expectations, introducing compatible dimensions of meaning and hope in the processes of care and work at the same time on the design, the construction of networks and services related not only to health care, but also related to proximity and self-help, to true, non-bureaucratic support.

L'Information Communication Technology (ICT) al servizio dell'empowerment e della qualità dei servizi integrati domiciliari. Quale possibile impatto per i distretti?

The Information Communication Technology (ICT) at the service of empowerment and quality of integrated home services. What possible impact for the districts?

Paolo Da Col, Marco d'Angelantonio

Paolo Da Col
CARD Italia

Marco d'Angelantonio
Health Information Management - HIM SA, Bruxelles

Parole chiave ICT, Europa, assistenza domiciliare integrata, distretti, cronicità, empowerment.

RIASSUNTO

Obiettivi: con questo contributo si intendono descrivere alcuni scenari di Paesi europei riguardo alla diffusione della ICT nel campo della sanità territoriale, in cui grande e crescente rilievo è assegnato all'assistenza domiciliare. Viene inoltre presentata una testimonianza diretta di una sperimentazione di successo di assistenza domiciliare avanzata nei quattro Distretti dell'Azienda Sanitaria di Trieste.

Metodologia: si descrivono alcuni tratti fondamentali delle infrastrutture informatiche in uso o in sperimentazione in molti Stati europei, per costruire sistemi integrati di eHealth (sanità elettronica) ed eInclusion (inclusione sociale supportata dall'elettronica). Nella seconda parte sono presentati i risultati di una sperimentazione dell'uso di nuovi dispositivi per il telemonitoraggio utilizzati in un campione di 60 pazienti (30 nel gruppo d'intervento e 30 in quello di controllo) a Trieste, parte del "Progetto DREAMING", trial multicentrico europeo randomizzato che aveva lo scopo di verificare accettazione e benefici dell'uso dell'auto-telemonitoraggio in una popolazione di anziani fragili.

Risultati: la ricognizione delle realtà europee descritte indica che i sistemi basati sulla ICT sono in rapida

diffusione e sono ormai considerati un investimento di sicuro successo. L'uso delle tecnologie di home care e le nuove piattaforme informatiche consentono di far rimanere a casa più a lungo e con maggiore qualità di vita e sicurezza pazienti anziani fragili, di utilizzare in modo più appropriato i servizi sanitari e ritardare od evitare il ricorso all'istituzionalizzazione. A Trieste, in un sottocampione del Progetto DREAMING (in 30 dei 175 casi del gruppo generale di intervento) si è osservato che questi anziani fragili (età m. 76 anni) che si sono serviti della ICT, con BPCO, scompenso cardiaco, diabete riescono ad utilizzare senza problemi i dispositivi di misurazione (17.000 automisurazioni nell'arco di 15.000 giorni di osservazione, in un periodo di 30 mesi) ed a questo si associa una riduzione dei ricoveri ospedalieri (-33 vs controlli) e delle giornate di degenza (-272). I fatti mostrano che è possibile elevare l'attitudine al self care e valorizzare l'empowerment dei pazienti seguiti nel lungo termine a domicilio. Anche i dati di analisi economica suggeriscono un favorevole ritorno degli investimenti per queste nuove soluzioni. Viene prospettato che il Distretto deve assumere in Italia il ruolo leader per l'innovazione nella home care avanzata, che può avvalersi del supporto di tecnologie ormai mature, poco costose ed affidabili.

Key words: ICT, Europe, integrated home care, Health Care Districts, chronic diseases, empowerment.

SUMMARY

Objective: to illustrate some scenarios in several European States in the field of the deployment of ICT facilities, in particular in support of integrated home care. In addition, the Authors present the results of an experience of integrated home care supported by ICT carried out in the four public Health Care Districts in Trieste.

Method: the fundamental characteristics of ICT solutions in use in many European Countries aimed to build new eHealth and eInclusion services are presented. In addition, the results in 60 elderly frail subjects (30 in the intervention group and 30 in the control one) enrolled in Trieste in the context of the DREAMING Project – a multicentre randomized trial in six Countries aimed to verify the acceptance and effectiveness of ICT solutions – are illustrated.

Results: the observations of the current trends in Europe and the Projects using new ICT solutions, particularly in home care, strongly indicate that these are reliable and can generate good cost/effective outcomes, improving quality of life, use of the resources. In Trieste, in 30 elderly subjects (m. age 76 year), with chronic diseases (COPD; heart failure; diabetes mellitus), followed up for 30 months, 17.000 self-measurements were carried out (in average 1,2 measurement/day per person – blood pressure, weight, glycaemia, oxygen saturation) with a high degree of acceptance and satisfaction of the users. The number of hospital accesses and of bed-days were reduced in the intervention group vs controls (-33 and -272, respectively). It is suggested that in Italy new policies should guide the Health Care Districts to a new organization of the health system, putting emphasis on integrated home care supported by ICT.