

## Monografia

### 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.

### **Premessa metodologica**

Scopo di questa rassegna non è tanto quello di fare confronti tra Paesi dell'Unione, quanto quello di fornire un quadro affidabile e quanto più aggiornato dello stato complessivo di salute nell'Unione Europea. In particolare, cercare di quantificare alcuni determinanti di salute ed evidenziare le relative lacune informative. Tutto ciò allo scopo di capire il punto di partenza per valutare realmente le future politiche di sanità pubblica dell'Unione.

Le informazioni contenute, tuttavia, non possono essere considerate esaustive, in particolare per mancanza di definizioni e misure di indicatori condivisi, copertura e metodologie di raccolta dati inevitabilmente diverse da un Paese all'altro. Pertanto, il confronto tra Paesi è stato per quanto possibile limitato o interpretato con estrema cautela ed il riferimento ad un singolo stato potrebbe non essere del tutto rispondente alla realtà specifica. Il quadro risultante può apparire generico ma senza dubbio esprime la visione generale delle problematiche cui ci troviamo di fronte e che, sia pure con gradienti diversi, interessano comunque tutti i paesi e senza dubbio parti di popolazione anche di quelli meglio messi.

Le fonti utilizzate sono solo quelle ufficiali

di organismi internazionali accreditati, come OMS e Commissione Europea, in particolare: "The European health report 2012: charting the way to wellbeing", report edito recentemente dall'OMS Europa, l'ultimo report dell'OMS "World Health Statistics-2013" e la versione 2014, la 5° Survey sulla salute e sicurezza nei luoghi di lavoro e infine EUGLOREH (European Global Report on Health). Trattasi di una ricerca che aveva l'obiettivo di fornire un quadro affidabile e scientificamente corretto dello stato di salute nell'Unione Europea e della natura dei determinanti della salute.

### **Speranza di vita nella popolazione dell'UE**

Nonostante certe peculiarità di alcuni Stati membri, l'aumento significativo dell'attesa di vita indica che la salute è migliorata nell'UE27. In media nella Regione Europea nel 2010 le donne hanno raggiunto una attesa di vita di 80 anni e gli uomini di 72,5. Questo soprattutto grazie al controllo molto efficace delle malattie infettive, alla riduzione della mortalità associata a malattie cardiovascolari e respiratorie, sin dagli Anni '70 e alla maggior parte dei tipi di cancro, salvo quello del polmone, sin dagli Anni '90. Per le malattie cardiovascolari, in partico-

lare cardiopatia ischemica e ictus, mentre è ovvio il ruolo positivo avuto dalla riduzione dell'esposizione a specifici fattori di rischio, il declino della mortalità è attribuibile ad un ridotto numero di casi mortali o a una ridotta incidenza legata allo specifico gruppo di popolazione. Nonostante i suddetti andamenti positivi, non vi sono prove di riduzione (e, piuttosto, vi sono evidenze di aumento) di mortalità per malattie del sistema nervoso, apparato muscolo scheletrico e tessuto connettivo, sistema endocrino, nutrizionale e metabolico, sistema genitourinario, disordini mentali e comportamentali. Da ultimo, incidenti e traumi, particolarmente a casa, a scuola, durante il tempo libero, le attività sportive e il trasporto, continuano ad essere causa di morte importanti, mostrando solo un piccolo declino nel tempo.

### **Morbosità e disabilità**

Considerando che le persone anziane sono in genere molto più suscettibili dei giovani ad una varietà di malattie, non sorprende che persone che vivono più a lungo non siano necessariamente più sane. Questo si riflette nel fatto che la discrepanza di genere per anni di vita in buona salute a favore delle donne appare molto minore, cioè meno di due anni, rispetto alla differenza di longevità totale di 7,5 anni. Infatti, il peso della morbosità sta crescendo considerevolmente nel tempo, come conseguenza di diversi fattori: aumento del tempo di sopravvivenza per malattie che precedentemente erano più letali; comparsa di malattie non fatali (es. respiratorie, allergie da cibo e da contatto e malattie dermatologiche diverse dai tumori della pelle) e malattie potenzialmente fatali (es. malattie cerebrali e mentali) per le quali sono disponibili terapie adeguate; sviluppo di nuove patologie (vere e pro-

prie epidemie) come depressione, diabete, sovrappeso ed obesità. Inoltre, la più importante minaccia di malattie trasmissibili in Europa è rappresentata dal numero crescente di ceppi di microrganismi resistenti agli antibiotici. Altre minacce principali per la salute correlate alle malattie infettive sono: HIV; tubercolosi da ceppi farmaco-resistenti; influenza con il suo livello di mortalità in gruppi di popolazione a rischio; polmonite e meningite da pneumococco. Occorre anche considerare infine che circa il 15% dei cittadini europei è colpito da qualche forma di disabilità.

### **Invecchiamento della popolazione**

Attualmente in tutti i Paesi dell'UE27 si registra un invecchiamento della popolazione, anche se in misura diversa. Laddove sono disponibili statistiche affidabili, in realtà il fenomeno è andato crescendo già negli ultimi 50-100 anni. Ci si aspetta che questo andamento rimanga oggetto di attenzione anche per i prossimi decenni. In generale sembra che l'effetto sui trend del declino della fertilità - dovuto soprattutto ad efficaci pratiche di controllo delle nascite - sia molto più profondo dell'aumentata attesa di vita. L'immigrazione di solito ha solo poco o nessun effetto sull'invecchiamento della popolazione. Se si considera che molti pensionati hanno introiti più bassi rispetto alle persone impiegate, l'invecchiamento porterà nei prossimi 20 anni in Europa una lieve crescita della disuguaglianza di reddito. Di conseguenza, un numero maggiore di persone sperimenterà maggiori livelli di povertà.

### **Lo stato di salute in differenti gruppi di popolazione**

#### *Neonati, bambini e adolescenti*

La mortalità infantile sta continuando a diminuire, così come la mortalità fetale, an-

che se a livello minore, in tutta l'UE27. Prematurità e malformazioni congenite rimangono le maggiori cause di morte infantile. Il basso peso alla nascita continua ad essere un indicatore importante di un maggior rischio di danni a lungo termine, mentre la paralisi cerebrale, condizione di disabilità più comune nei bambini, colpisce da 1,5 a 2,5 per 1000 nati vivi nei Paesi dell'UE. Si sa poco sulla salute dei bambini dopo l'infanzia. Va segnalato che nei giovani sotto i 18 anni residenti in Europa, le malattie intercorrenti, le malattie croniche ad insorgenza precoce, le disabilità e le relative necessità di educazione, abusi e traumi non fatali, salute mentale, sensazione di benessere e comportamenti correlati alla salute, sono misconosciuti in una società che costruisce i sistemi di informazione sulla salute soprattutto intorno agli adulti. Tuttavia, bambini e adolescenti sono più sani che in passato, anche se si confrontano con l'importante impatto sulla salute di incidenti e traumi fisici, HIV/AIDS, sindrome metabolica, abuso di tabacco e altre sostanze, sovrappeso e obesità, malattie e disturbi mentali. Infine, bullismo ed episodi di intolleranza stanno diventando più comuni tra gli adolescenti.

#### *Età lavorativa*

Nell'UE27 la mortalità precoce (prima dell'età di 65 anni) è dovuta prevalentemente a malattie cardiovascolari, tumori, traumi ed avvelenamenti. Tra il 15 e il 20% degli adulti in età lavorativa ha sofferto di qualche problema di salute mentale, da lievi forme di depressione a complessi disturbi neuropsichiatrici, che rappresentano quattro delle sei maggiori cause di anni vissuti con disabilità. In tutta l'UE27, circa 58000 cittadini si suicidano ogni anno, un numero maggiore di quello di vittime per incidenti della strada. I tassi di suicidio ed autolesionismo sono il 26%

più alti negli Europei sopra 65 anni rispetto al gruppo di età tra 25 e 64 anni; nella maggior parte dei Paesi dell'UE27 la frequenza di suicidio è più alta tra le persone con più di 75 anni. Sia negli uomini che nelle donne la percentuale di persone con diabete aumenta con l'età; il tasso di prevalenza è del 7,5% tra gli adulti sopra i 20 anni. Sovrappeso e obesità causano un milione di morti all'anno nella Regione Europea dell'OMS; si stima che, se persisterà l'andamento attuale, nel 2010 ci saranno 150 milioni di adulti obesi (circa il 20% della popolazione dell'UE28). Inoltre, secondo una stima recente, almeno 3,8 milioni di persone di ogni età in Europa hanno avuto una frattura associata ad osteoporosi. Ogni anno circa 5500 persone subiscono incidenti mortali sul lavoro, mentre altri 4,5 milioni di incidenti provocano un'assenza dal lavoro di più di tre giorni.

#### *Gli anziani*

Gli anziani soffrono più frequentemente dei giovani di patologie croniche e degenerative e sono a rischio più elevato di patologie multiple e di avere limitazioni nello svolgere le comuni attività quotidiane. Le malattie croniche possono contribuire alla perdita graduale di sensi come vista e udito, e comportare ridotta mobilità, rischio aumentato di cadute e fratture, disabilità nello svolgere attività di routine. È particolarmente difficile affrontare malattie mentali correlate all'età, specialmente la demenza. Preoccupa l'aumento dei casi di Alzheimer: tra le persone di età superiore a 65 anni la probabilità di sviluppare demenza raddoppia in Europa ogni 5 anni. La depressione colpisce il 10-15% delle persone oltre i 65 anni ed è la causa maggiore di suicidi nella popolazione europea anziana. Nonostante il fatto che in media la popolazione viva più a lungo e più anni in salute, molti anni vengono vissuti con limitazioni dell'attività (circa 15 anni

per gli uomini e 19 anni per le donne) compresi 5 o 6 anni con gravi limitazioni. Nel gruppo con età superiore a 65 anni gli incidenti sono molto frequenti e per la gran parte si tratta di cadute. Almeno il 30% delle persone oltre 65 anni che vivono da sole vanno incontro ad una caduta; questa percentuale aumenta ulteriormente per coloro che si trovano in residenze per anziani o per acuti. Meno del 10% delle cadute comporta una frattura, ma il 20% richiede cure mediche. Le fratture dell'anca sono in aumento e rappresentano un'importante causa di ricovero e di morte.

### **Le disparità sociali aumentano**

In tutti gli Stati Membri dell'UE dove sono disponibili dati, i tassi di mortalità prematura e di morbosità sono più elevati tra le persone con più basso livello di istruzione, classe occupazionale o reddito. Le disuguaglianze di mortalità e morbosità sono presenti dall'età più giovane a quella più anziana e per entrambi i sessi ma tendono ad essere minori tra le donne che tra gli uomini. La disuguaglianza di salute non è limitata ai membri più poveri della società ma vi è un gradiente che attraversa l'intera società, dipendente dalla bassa istruzione, dal basso livello occupazionale e/o dal basso reddito. Le dimensioni del divario socioeconomico sono di per sé predittive del livello di salute della popolazione. Per di più, le disuguaglianze di mortalità si possono trovare anche per molte cause specifiche di morte, fra cui malattie cardiovascolari, molti tumori e traumi. Nell'UE, le malattie cardiovascolari sono i maggiori fattori di disuguaglianza e costituiscono il 33% e il 50% di quelle associate con il livello di istruzione per uomini e donne, rispettivamente. Inoltre, traumi e tumori (soprattutto del polmone) sono fattori di disuguaglianza in salute più im-

portanti negli uomini che nelle donne. Queste diversità di mortalità portano a sostanziali differenze nell'aspettativa di vita alla nascita (da 4 a 6 anni per gli uomini, da 2 a 4 anni per le donne e forse più). In molti Paesi europei occidentali le differenze di mortalità tra gruppi socio-economici si sono ampliate durante gli ultimi tre decenni del 20° secolo. Questo ha condotto a considerevoli aumenti del rischio relativo di morte nei gruppi socio-economici più bassi. Un aspetto importante è rappresentato dal fatto che l'allargamento del divario relativo dei tassi di mortalità è generalmente il risultato di una differenza tra gruppi socio-economici nella velocità di declino di mortalità e morbosità. La spiegazione di questo preoccupante fenomeno è nota solo in parte. Mentre la mortalità è andata scendendo in tutta la popolazione, il declino è stato proporzionalmente più veloce nei gruppi socio-economici più elevati rispetto ai più bassi. Le riduzioni di mortalità più rapide nei gruppi socio-economici più elevati erano dovute soprattutto alle malattie cardiovascolari. Ciò è la conseguenza di miglioramenti dei comportamenti salutari (es. meno fumo, modesti miglioramenti della dieta e più esercizio fisico) e dell'introduzione di interventi sanitari efficaci (es. diagnosi e trattamento dell'ipertensione, interventi chirurgici e terapia trombolitica). Mentre apparentemente questi miglioramenti sono stati in qualche modo utilizzati da tutti i gruppi socio-economici, vi è un andamento che dimostra che i gruppi più elevati ne hanno beneficiato in misura maggiore.

### **Determinanti di salute ed altri fattori patogenetici**

#### *I determinanti così detti "individuali"*

Le caratteristiche personali individuali comprendono diversi importanti determinanti

di salute, in particolare fattori genetici ed evolutivi, età e stili di vita. Sette tipi principali di comportamento o stile di vita (fumo, abuso di alcol, abuso di droghe, rapporti sessuali non protetti, squilibri dietetici, attività fisica inadeguata, igiene orale carente) influenzano negativamente la salute e danno origine a malattie. Si dovrebbe pertanto dirigere gli interventi verso il controllo di tutti questi fattori per ridurre il peso di molte patologie. Tuttavia, è dimostrato che migliorare gli stili di vita responsabilizzando e motivando i cittadini è un compito molto difficile, a causa dei molti fattori che influenzano il comportamento umano ed è quindi necessario sviluppare sistemi più efficaci.

#### ***Fumo di tabacco***

Il fumo diretto di tabacco è un fattore di rischio per sei delle otto cause di morte prevalenti nel mondo, che includono malattie cardiovascolari, tumori e broncopneumopatie croniche ostruttive (BPCO). Un grande impatto sulla salute è stato anche associato con il fumo passivo. A seguito del recente, inatteso aumento di consumo di sigarette tra le ragazze in Europa, vi è attualmente solo una piccola differenza tra i sessi nelle frequenze di fumatori tra i giovani: 20% tra i ragazzi e 16% tra le ragazze. Inoltre, l'Europa ha la più alta incidenza nel mondo di fumatori giovani; circa il 18% degli europei fra 13 e 15 anni sono fumatori, un valore più che doppio rispetto alla media globale del 9%. Gli attuali gradienti sociali di prevalenza del fumo, più forti tra maschi e femmine più giovani rispetto alle generazioni più anziane, è probabile che si trasformino in futuro in forti gradienti di morbosità e mortalità. L'abitudine al fumo ha prevalentemente motivazioni psicosociali come il desiderio di sembrare più vecchi, il bisogno di rilassarsi, i sentimenti di ribellione o perfino come risultato della noia.

#### ***Alcol***

Problemi correlati con l'alcol colpiscono circa 42 milioni di europei in qualche momento della loro vita e si stima che vi siano 84 milioni di persone in Europa che soffrono di problemi alcol-correlati o che sono preoccupati per qualcun altro che beve. Il bere smodato è aumentato grandemente tra i giovani e sta crescendo tra gli adulti. Anche se l'alcol è correlato a oltre 60 differenti disordini e malattie, la gran parte del peso deriva da condizioni neuro-psichiatriche ed incidenti correlati con l'alcol. Inoltre, l'assunzione di alcol dà luogo in Europa a danni sia acuti che cronici. Il consumo di alcol è più diffuso tra i giovani uomini ed è associato con la violenza. Sommando tutti i danni imputabili all'alcol, si stima che il 7% di tutti gli stati di cattiva salute e morti premature nell'UE sia dovuto ad eccessiva assunzione di alcol, ponendo così l'alcol al terzo posto tra i più importanti fattori di rischio, dopo il fumo e l'ipertensione arteriosa, particolarmente per gli uomini. Mentre è noto che gli uomini sono in genere bevitori più forti delle donne, queste possono essere più a rischio a causa del minor peso corporeo e differenti vie metaboliche. Inoltre, l'alcol esacerba le difficoltà finanziarie, i problemi di cura dei bambini, l'infedeltà o altri motivi di irritabilità familiare e crea tensione e conflitto tra i partner. Il livello socioeconomico è un fattore significativo nelle cause di mortalità associate all'alcol.

#### ***Sostanze illecite o abuso sostanze psicotrope***

Le sostanze illecite più comunemente usate in Europa sono, con qualche variazione tra i Paesi, cannabis, stimolanti amfetamino-simili (amfetamina, ecstasy, metamfetamina), cocaina ed oppioidi (soprattutto eroina e oppioidi con prescrizione, acquisita o usata



in modo illecito). Sono anche usate altre sostanze, come LSD, GHB, ketamina ed un'ampia gamma di altri prodotti, spesso sintetici. Infine, l'uso di inalanti ed il cattivo uso di medicinali acquisiti legalmente (o illegalmente), come le benzodiazepine, può giocare un ruolo significativo dal punto di vista della salute pubblica. Nel periodo 1999-2005 la percentuale di nuovi clienti di eroina fra tutti i nuovi assuntori di droghe che cercavano un trattamento è diminuito dal 64% al 32%, mentre la proporzione di clienti che cercava trattamenti per uso primario di cannabis e cocaina è aumentata in maniera marcata. Un'accresciuta prevalenza di uso di cocaina in giovani adulti (15-34 anni di età) è stata registrata in tutti i Paesi che riportano i risultati di ricerche recenti. Vi sono grandi differenze di andamento temporale di abuso di droghe in Paesi diversi e diversi gruppi di popolazione. Si è osservato che la mortalità tra gli utilizzatori di droga è da 6 a 20 volte più elevata per i maschi e da 10 a 50 volte maggiore per le femmine, rispetto a quella di gruppi di popolazione generale corrispondenti per età e sesso. I problemi di salute correlati con un uso a lungo termine di droghe illecite comprendono, oltre ai maggiori tassi di mortalità, problemi cronici come tossicodipendenza ed altri disturbi di salute mentale (psicosi, depressione, suicidio) o fisica (malattie infettive, cirrosi, cancro). Una considerevole percentuale di consumatori di droghe iniettive viene infettata con il virus dell'epatite C, dal quale in Europa risultano colpiti un milione circa di utilizzatori. Le variabili più fortemente associate con l'uso corrente di droghe in Europa sono la giovane età, il genere maschile, il vivere in un'area urbana ed una preferenza per ambienti ricreativi come discoteche.

### *Comportamenti sessuali*

Diversi Stati membri dell'UE osservano una crescente prevalenza di comportamenti sessuali ad alto rischio, come rapporti casuali o con diversi partner senza usare profilattici. La necessità di intensificare gli sforzi per promuovere la salute sessuale è anche chiaramente indicata dal fatto che nell'Europa Centrale e Occidentale circa 15.000 soggetti si infettano ogni anno con HIV/AIDS e che si è osservata in diversi Paesi una drammatica tendenza all'aumento di infezioni da Clamydia nel periodo 1995-2004, così come la persistenza di gonorrea e sifilide. L'età media del primo rapporto è un po' diminuita in molti Paesi europei ma di più tra i maschi che tra le femmine. Adolescenti e giovani sono i gruppi più vulnerabili, dal momento che l'inizio dell'attività sessuale si verifica più frequentemente in questa fase della vita.

La gravidanza adolescenziale è un problema in questo gruppo. In generale, durante contatti sessuali casuali, il preservativo è stato usato solo da meno della metà dei soggetti in entrambi i sessi. Una possibile spiegazione per la scarsa motivazione all'uso del condom e la ridotta percezione del rischio si trova probabilmente nell'abuso di alcol, droghe o sostanze tossiche, prima di avere un rapporto. Si raccomanda quindi di rafforzare le strategie di riduzione del rischio, come monitoraggio, educazione e informazione.

### *Cattive abitudini alimentari*

Una non soddisfacente situazione in Europa è attualmente dimostrata sia dalle inchieste disponibili sul consumo di cibo e che dagli andamenti epidemici di sovrappeso ed obesità che mostrano tassi di prevalenza allarmanti tra bambini e adolescenti. Anche se le condizioni di nutrizione cambiano grandemente da un Paese all'altro e, nello stesso Paese, da una persona all'altra, le in-

formazioni disponibili sul consumo di cibo in UE indicano chiaramente che, in media, l'assunzione giornaliera di calorie è di gran lunga eccessiva. In particolare, nell'UE15, nel 1999 la gente consumava circa 300 calorie in più al giorno che nel 1970. In termini di specifici deficit di nutrienti, i principali squilibri dietetici sono correlati con malattie specifiche; patologie come i difetti del tubo neurale (associati con deficit di folati), il gozzo (associato con deficit di iodio), le anemie (associate con deficit di ferro), l'osteoporosi (associata con deficit di calcio) e allergie ed intolleranze alimentari potrebbero essere efficacemente prevenute mediante adeguati regimi dietetici.

#### **Attività fisica**

Nei Paesi dell'UE27, un cittadino su tre non fa alcun esercizio fisico nel tempo libero e l'europeo medio passa in posizione seduta oltre 5 ore al giorno. Inoltre, 2 adulti su 3 non raggiungono i livelli raccomandati di attività fisica. L'attività varia molto nei vari Paesi e va da circa il 40% di intervistati, sufficientemente attivo in Olanda e Germania, a meno di un quarto in Francia e Svezia. Gli uomini sono risultati in genere più attivi delle donne e la percentuale diminuisce con l'età. Livelli sufficienti di attività fisica si sono trovati tra il 25 ed il 61% dei ragazzi, in diminuzione all'aumentare dell'età. Le percentuali di ragazze attente all'attività fisica sono di solito più basse rispetto ai ragazzi ed in certi Paesi raggiungono appena l'11%. Al momento, dati sull'andamento dell'attività fisica sono disponibili solo in alcuni Paesi, nei quali si dimostra che miglioramenti significativi sono possibili ma richiedono investimenti a lungo termine. Il costo dell'inattività fisica, dal punto di vista della salute e della produttività persa, è stimato intorno a 1,2 miliardi di euro. Le persone più vulnerabili non ab-

bastanza attive fisicamente sono giovani, vecchi o disabili, famiglie in condizioni precarie, immigrati e minoranze etniche.

#### **Determinanti di origine ambientale**

Le maggiori preoccupazioni per la salute correlate con l'ambiente nella regione pan-europea continuano ad essere collegate a scarsa qualità di aria ed acqua, presenza di sostanze chimiche pericolose e rumore. Questi fattori di rischio sono spesso interconnessi. Il peso sulla salute attribuibile alle cause ambientali è molto più alto nell'Europa dell'Est rispetto a quella Occidentale e Centrale. Un motivo consiste nella coesistenza e nella combinazione di pericoli "tradizionali" (es. acqua e impianti igienici non sicuri) e "moderni" (es. inquinamento dell'aria nelle città e sostanze chimiche). Fattori fisici notoriamente associati col cancro comprendono l'esposizione alle radiazioni di radon e UV. Anche il rumore ha associazioni ben documentate con altri impatti negativi sulla salute come irritazioni e disturbi del sonno. Le maggiori sorgenti di rumore comprendono il traffico stradale, ferroviario e aereo, le industrie, cantieri edili e lavori pubblici. In Europa, circa il 40% della popolazione è esposto a livelli di rumore da traffico automobilistico di 55 dB, e nella maggior parte dei Paesi il 10% o più soffre per un'esposizione a livelli di rumore di 65 dB. Dati riportati nel progetto Urban Audit mostrano che l'esposizione al rumore è un problema chiave soprattutto per le città più grandi, dove l'esposizione ad elevati livelli di rumore spesso colpisce oltre il 20% della popolazione. Inoltre, ogni cittadino europeo è oggi esposto a campi elettromagnetici, ma non è chiaro se questa esposizione sia causa di effetti avversi sulla salute. Nuove ricerche confermano che il clima sta effettivamente cambiando e vi sono indicazioni che questi cambiamenti hanno subito un'ac-



celerazione. Il cambiamento climatico dà luogo ad aumento della temperatura di superficie, livello del mare aumentato, ondate di calore e riduzione del ghiaccio del mare Artico. I dieci anni più caldi registrati si sono verificati dopo il 1990. Gli attuali livelli atmosferici di metano e CO<sub>2</sub> – responsabili prevalentemente dell'effetto serra – non hanno confronti durante gli ultimi 650.000 anni. L'Intergovernmental Panel on Climate Change ha portato prove che la gran parte dei cambiamenti osservati oggi derivano da crescenti emissioni di gas serra negli ultimi 50 anni. Studi recenti dimostrano un rischio crescente di superare l'obiettivo di 2°C con livelli di concentrazione di gas serra oltre 450 parti per milione di volume di equivalenti di CO<sub>2</sub> (ppmv CO<sub>2</sub> eq.). L'impatto sulla salute dei cambiamenti climatici sta diventando sempre più evidente; vi sono prove crescenti che cambiamento climatico e variabilità danneggiano la salute. Negli anni recenti, i Paesi europei hanno avuto esperienza di aumenti della gravità e della frequenza di eventi atmosferici estremi come ondate di caldo e di freddo, inondazioni, siccità, incendi e piogge intense, associati ad aumenti a breve termine di mortalità e traumi. Nell'ambiente di vita e di lavoro vi è un'elevata esposizione a molti agenti chimici, come dimostrato dal fatto che ogni cittadino europeo ha nel proprio organismo sostanze chimiche artificiali. La produzione di sostanze chimiche tossiche e ad alto rischio (carcinogene, mutagene) sta aumentando considerevolmente nell'UE. La produzione annua industriale di agenti chimici tossici nell'UE25 nel 2005, secondo il database Procom, è stata di 212 milioni di tonnellate, circa il 9% delle quali era nei nuovi Stati membri dell'UE. L'esposizione umana agli agenti chimici non è dovuta solo alla loro produzione e utilizzazione ma anche a incidenti industriali, perdite o esplo-

sioni, che possono provocare danni acuti in termini di decessi, traumi, inquinamento ambientale e perdite economiche, così come soprattutto ad emissioni dovute ai settori dell'industria, del trasporto e del riscaldamento.

Il processo UE-SCALE, focalizzato sui bambini (Science, Children, Awareness-raising, Legal instruments, Evaluation), ha inizialmente identificato asma e salute respiratoria dei bambini fra i quattro gruppi prioritari di malattie: tumori dell'infanzia, disturbi neuro-evolutivi ed endocrini. Si stanno manifestando problemi emergenti o riemergenti, che derivano da esposizioni a bassi livelli di un numero crescente di sostanze chimiche, spesso in miscele complesse che derivano dall'intero ciclo di vita delle sostanze stesse. Nuovi rischi da "vecchi" inquinanti stanno pure mettendosi in evidenza, alla luce di aumentate conoscenze scientifiche e nuovi utilizzi. La globalizzazione ha come risultato un passaggio del carico ambientale verso i Paesi in via di sviluppo, generando a sua volta una reimportazione dei pericoli attraverso l'inquinamento transfrontaliero e prodotti alimentari contaminati.

L'inquinamento atmosferico è il fattore ambientale col maggiore impatto sulla salute in Europa ed è responsabile per il peso più gravoso delle malattie legate al luogo di lavoro e all'ambiente. L'inquinamento dell'aria, principalmente attraverso particelle fini, gas e ozono a livello del terreno, continua a costituire una seria minaccia per la salute umana. Più specificamente, l'esposizione al particolato è stata giudicata di recente un pericolo importante per la salute; in effetti, il monitoraggio del particolato in alcune città europee ha mostrato che l'89% della popolazione è esposto a livelli che superano quelli delle linee guida dell'OMS sulla qualità dell'aria. Come valuta-

to per l'Europa Centrale e Occidentale, l'inquinamento dell'aria da particolato riduce l'attesa di vita media e mette in pericolo lo sviluppo sano dei bambini. Vi sono molti esempi che dimostrano che la salute respiratoria e la qualità di vita migliorano al migliorare della qualità dell'aria. Ridurre l'inquinamento dell'aria da particolato da combustibili solidi, ad esempio, fa diminuire il numero di morti respiratorie e cardiovascolari, come confermato dall'esempio del divieto di utilizzare carbone a Dublino. Dopo la proibizione del 1990 di vendere e bruciare carbone, le concentrazioni di fumo nero sono diminuite del 70%. In un solo anno dopo il divieto, le morti per cause respiratorie sono diminuite del 16% e le morti per cause cardiovascolari si sono ridotte del 10%. Le emissioni di gas inquinanti sono andate riducendosi in Europa sin dall'inizio del loro monitoraggio e si stima che continueranno a diminuire nei prossimi due decenni come risultato della progressiva adozione di leggi, attuali e proposte, sul controllo delle emissioni e dei continui cambiamenti strutturali nel sistema energetico. La maggiore fonte di inquinamento atmosferico nelle città è la continua crescita del traffico stradale. Per quanto riguarda l'inquinamento dell'aria all'aperto, stime recenti indicano che 20 milioni di cittadini ogni giorno soffrono di problemi respiratori. Anche se la strategia tematica dell'UE sull'inquinamento dell'aria – “porre obiettivi per il 2020” – implica alcuni miglioramenti, è chiaro che un danno significativo da inquinamento atmosferico rimarrà anche nel 2020. Raggiungere gli obiettivi di qualità dell'aria richiederà sforzi in altre aree della politica, in particolare per quanto riguarda i settori dell'energia, dei trasporti e dell'agricoltura. La scarsa qualità dell'aria negli ambienti chiusi è causa di numerosi proble-

mi di salute, tra cui cancro, allergie, insonnia, difficoltà di concentrazione, oltre a tosse, sibili e sintomi asmaticiformi nei bambini. Molti problemi negli ambienti chiusi sono legati ad aumento di muffe e umidità, in parte dovuto a politiche di risparmio energetico che hanno portato a ridotto ricambio d'aria in case, scuole e uffici. Altri problemi della qualità dell'aria in ambienti chiusi derivano da materiali di costruzione, vernici, sostanze per la pulizia della casa, fumo passivo e processi di combustione. Piccole particelle e nano-particelle sono state identificate come un rischio emergente.

Devono anche essere considerate le interazioni tra inquinanti dell'aria e particelle naturali come i pollini, che possono essere influenzate da cambiamenti climatici e variazioni della loro stagionalità.

Gli agenti biologici comprendono virus patogeni, batteri, funghi ed agenti di scoperta più recente come i prioni; in generale, sono ubiquitari e possono tutti rappresentare una grave minaccia per la salute pubblica, particolarmente se combinati con il crescente fenomeno della resistenza agli antimicrobici. Lo sviluppo di nuovi virus altamente patogeni, a seguito di pressioni ambientali selettive, come nel caso dell'influenza aviaria, potrebbe porre rischi rilevanti per la salute in un mondo globalizzato.

La resistenza sviluppata sui farmaci antimicrobici ha un andamento in rapido sviluppo; più è diffuso l'uso del farmaco e più è rapido lo sviluppo di ceppi batterici resistenti. Il batterio che ha ricevuto un'attenzione primaria è lo *Staphylococcus aureus* meticillino-resistente (MRSA), che costituisce una proporzione sempre più crescente di tutte le infezioni invasive. I risultati del programma di sorveglianza EARSS, finanziato dall'UE, mostrano una mescolanza di andamenti crescenti e decrescenti per la percentuale di MRSA.

Per la maggioranza degli altri batteri sotto sorveglianza UE, il trend generale è pure molto preoccupante; la resistenza agli antimicrobici è particolarmente critica quando si tratta di malattie killer globali come tubercolosi, malaria, HIV ed infezioni pneumococciche.

La resistenza si è anche sviluppata verso le infezioni virali (HIV, influenza), da parassiti (malaria) e fungine, rendendo la resistenza agli antimicrobici la più grave delle minacce associate con le malattie trasmissibili.

### *Attraverso gli alimenti*

Anche se sembrano ampiamente sotto controllo, i problemi correlati alla sicurezza degli alimenti e dell'acqua sono tuttora responsabili di significative perdite di salute. Molti agenti biologici e contaminanti chimici possono essere presenti nel cibo attraverso numerose vie: presenza nell'ambiente, rilascio dai materiali delle confezioni, residui di sostanze e fertilizzanti usati in agricoltura; residui di farmaci ad uso veterinario, sostanze associate a malattie degli animali, adiuvanti tecnologici per la trasformazione delle materie prime e contaminanti del cibo. Per quanto riguarda la sicurezza del cibo, i contaminanti chimici più pericolosi comprendono le diossine e sostanze correlate, acrilamide, composti organici fluorurati, aflatossine, prodotti per la protezione delle piante, nitrati e metalli pesanti.

Alti livelli di arsenico possono essere presenti come contaminanti naturali dell'acqua del terreno in aree specifiche di diversi Paesi europei. Inoltre, un certo numero di sostanze tossiche naturali, identificate in vari prodotti alimentari, devono essere controllate attentamente per prevenire un possibile impatto sulla salute dei consumatori. Per quanto riguarda la qualità dell'acqua, solo minoranza di cittadini europei soffre di grave carenza o scarsa qualità dell'acqua, come

succede a persone di molte altre parti del mondo. La qualità dell'acqua potabile è tuttora fonte di preoccupazione in Europa, con contaminazioni significative da sali in Europa Centrale e più del 10% dei cittadini dell'UE potenzialmente esposti a contaminanti microbiologici e di altra natura che superano le massime concentrazioni ammissibili.

La maggior parte della popolazione dell'UE è collegata a sistemi di distribuzione municipale che prevedono il trattamento dell'acqua e controlli di qualità. Tuttavia, in alcune aree rurali l'acqua potabile è generalmente consumata senza trattamenti. La maggior parte dei Paesi ha informazioni molto limitate sul numero delle fonti minori di approvvigionamento e sul numero di persone che se ne servono.

### *Attraverso altri prodotti di consumo*

L'esposizione a diversi prodotti di largo consumo non alimentari può dar luogo ad effetti sulla salute, come allergie, talora molto difficili da identificare. Inoltre, la crescente produzione, il commercio e l'uso di prodotti dell'industria manifatturiera – elettronica, cosmetici, abbigliamento, auto – è responsabile di gran parte della diffusione di sostanze chimiche nella società odierna, con una conseguente esposizione per le persone e per l'ambiente. Vi è preoccupazione crescente per il rilascio di sostanze chimiche dovuto a prodotti per la pulizia, per l'igiene personale, adesivi, vernici, bombolette spray, carta, tessuti e plastica, per i quali si dà luogo ad esposizioni multiple, difficili da stimare, attraverso vie diverse.

L'esposizione umana simultanea ad una varietà di sostanze differenti può dar luogo ad effetti sulla salute sinergici ed antagonisti, che sono piuttosto comuni, ma in genere molto difficili da valutare e misurare.

### **Il carico complessivo dagli ambienti di vita e lavoro**

L'ambiente di vita e di lavoro influenza la salute in molti modi – attraverso l'esposizione a fattori di rischio fisici, chimici, biologici e psicosociali, e attraverso i relativi cambiamenti comportamentali in risposta a questi fattori. Fra le 102 maggiori patologie, raggruppamenti di malattie e traumi contenuti nel World Health Report 2004, i fattori di rischio ambientali hanno contribuito al peso delle malattie in 85 categorie. Globalmente, si stima che il 24% del peso delle malattie (misurato in anni di vita in salute persi) ed il 23% di mortalità prematura per ogni causa sia attribuibile a fattori ambientali. Gruppi potenzialmente sensibili e ad alto rischio di malattie da inquinanti ambientali sono da un lato i bambini e le persone con altri problemi di salute come diabete, malattie respiratorie o cardiopatie e le persone con sistema immunitario compromesso, come i pazienti con HIV/AIDS o in chemioterapia antitumorale; dall'altra parte vi sono le persone povere o svantaggiate, che vivono in ambienti più inquinati e sono quindi esposte a più alte concentrazioni di inquinanti o all'impatto di ambienti affollati, mancanza di impianti sanitari e di igiene. Salute e qualità di vita di lavoratori e residenti dipendono non solo dal loro comportamento ma anche da come luoghi di lavoro, ambienti ed insediamenti sono organizzati e mantenuti e possono variare molto radicalmente da un posto all'altro. Lo sviluppo delle molte attività e strutture che supportano i fabbisogni delle persone che vivono e lavorano negli insediamenti urbani, se non è appropriatamente regolato e disegnato, può dar luogo ad esposizione a molti fattori differenti che influiscono sulla salute.

Le abitazioni, notoriamente sicure, non possono essere considerate del tutto prive di ri-

schì. In Europa, l'esposizione a umidità e muffe nelle case varia fortemente nei vari Paesi, con una media del 16% di case colpite. La muffa – uno dei maggiori allergeni nell'ambiente domestico, che può portare a reazioni allergiche ed infezioni respiratorie – può aggravare gli attacchi di asma, quindi più pericolosa per i bambini e gruppi di popolazione sensibili. Una varietà di materiali e prodotti da costruzione può rilasciare nell'ambiente sostanze pericolose per la salute, come radon, asbesto, composti organici volatili, PCB ed altre sostanze chimiche emesse dai materiali di costruzione, tappeti, vernici e mobili. La combustione di materiali usati per cucinare e riscaldare (come carbone, legno, gas) può portare all'emissione nell'ambiente domestico di inquinanti e gas come particelle, monossido di carbonio e composti cancerogeni. Un disegno inadeguato di scale e porte, bassi davanzali delle finestre, pavimenti scivolosi, angoli acuti dei mobili o illuminazione inadeguata sono tra le principali caratteristiche del design che fa aumentare gli incidenti; nei Paesi dell'UE27 si stima che circa la metà degli incidenti domestici o nel tempo libero si verifichino in casa o nelle sue immediate vicinanze.

#### ***Nella scuola***

Per i bambini, l'ambiente scolastico è quello più importante dopo la casa. Nelle scuole i bambini possono essere interessati da scarsa ventilazione, esposizione a composti chimici come formaldeide, muffe e batteri da umidità strutturale, allergeni da peli di animali. Alcuni studi hanno dimostrato che l'aumento dei sintomi asmatici in ragazzi svedesi era ridotto migliorando la ventilazione nelle aule con l'installazione di sistemi nuovi e più efficienti. Oltre alle fonti interne di inquinamento dell'aria, le scuole nelle città più grandi sono colpite dall'inquinamento atmosferico dovuto al traffico e alle attività industriali. Recente-

mente, vi è stato un approfondimento sulle difficoltà di apprendimento in relazione alle condizioni delle aule. Studi sperimentali hanno dimostrato che una riduzione della temperatura dell'aula da 25 a 20°C aumentava la velocità di risoluzione di diversi test in alunni di 10-12 anni di età. Inoltre la prestazione migliorava con l'aumento del flusso della ventilazione.

### *Ambiente urbano, rurale e industriale*

Lo studio di gruppi di popolazione in area urbana, rurale ed industriale mostra che, in media, i gruppi di popolazione rurale potrebbero trarre maggiore beneficio da un controllo più efficace delle cause esterne di morte e da una migliore accessibilità ad adeguati servizi sanitari, mentre nella maggior parte delle aree industriali è necessario un miglior controllo del luogo di lavoro e dell'inquinamento ambientale. Inoltre, vi sono evidenze del peso delle differenze di istruzione, perché gli abitanti delle aree rurali sono 1,3 volte più spesso privi di un'istruzione secondaria rispetto a chi vive in città. L'identificazione di un trend europeo risulta problematica, a causa delle molte differenze esistenti tra gli Stati membri ma un recente Rapporto dell'OCSE ha dimostrato che la differenza è espressa in maniera più evidente nei maschi, che hanno un tasso di mortalità più alto nelle aree rurali rispetto a quelle urbane, anche se l'andamento nelle femmine è simile. Uno dei pochi studi nazionali disponibili, condotto in Irlanda del Nord nel 2007, ha indicato nelle popolazioni rurali tra 25 e 74 anni una più bassa mortalità dovuta a malattie circolatorie, respiratorie e maligne ed una mortalità maggiore per cause esterne rispetto alle popolazioni urbane. È quindi possibile che i residenti in campagna possano avere vantaggi significativi, rispetto a chi vive in città, per un certo numero di effetti sulla salute a discadito di una maggiore gravità di conse-

guenze, per incidenti e altri fattori. D'altra parte, la maggiore dipendenza dei vecchi delle aree rurali probabilmente da luogo ad una domanda più elevata di servizi sanitari che non è sempre soddisfatta; infatti, la maggior parte dei Paesi europei riferisce maggiori problemi nell'accesso a servizi sanitari adeguati nelle aree rurali rispetto all'ambiente urbano. Un problema importante, non sempre gestito correttamente negli insediamenti urbani, è la raccolta e lo smaltimento dei rifiuti mentre, in ambito industriale, lo smaltimento improprio di rifiuti tossici e speciali può causare gravi contaminazioni dell'ambiente. Vi sono preoccupazioni riguardanti i piccioni, che depositano le loro deiezioni su luoghi pubblici e palazzi, o i roditori, come ratti e topi che vivono nei parchi pubblici o nel sistema delle fogne. In entrambi i casi, le preoccupazioni per l'igiene sono predominanti, mentre gli effetti diretti sulla salute sono rari. Anche gli scarafaggi possono provocare gravi allergie e si ritrovano in una grande varietà di ambienti in tutto il mondo.

### *Tempo libero e occupazione*

Negli insediamenti umani, il mettere a disposizione luoghi per il tempo libero, la ricreazione e le attività sociali è tanto importante quanto avere negozi e servizi. I maggiori benefici di questi luoghi sono stati identificati in: (a) legami sociali tra i residenti, che producono un'identità propria e costruiscono fiducia e capitale sociale e (b) aumentati livelli di attività fisica nella popolazione locale con conseguenti effetti positivi sulla salute. Vi sono prove che l'uso di luoghi sociali e di ricreazione ha un effetto positivo sulla salute, in quanto gli utilizzatori regolari mostrano tassi di sopravvivenza maggiori e migliore salute mentale. Inoltre, spazi verdi e aperti possono aiutare a ridurre il rumore e l'esposizione agli inquinanti dell'aria ed hanno anche un effetto



compensatorio nel fenomeno urbano delle ondate di calore nel periodo estivo. La disponibilità di questi posti ad una distanza sufficientemente ravvicinata per un uso quotidiano è un aspetto chiave per zone residenziali salubri ed arricchisce la vita di vicinato. Tuttavia, gli attuali insediamenti spesso sono carenti di posti di aggregazione pubblica e di aree verdi per attività sociali e ricreative. Dati dell'Urban Audit delle città europee mostrano che in media solo la metà (52%) delle città partecipanti mette a disposizione aree verdi urbane ad una distanza percorribile a piedi al massimo in 15 minuti.

L'occupazione di per sé è un importante fattore di promozione della salute. Comunque, certi fattori correlati al lavoro di tipo psicosociale, organizzativo, fisico, chimico ed ergonomico potrebbero indurre danni alla salute e assenze per malattia. Secondo l'Agenzia Europea per la Sicurezza e la Salute sul Lavoro, vi sono ogni anno circa 165.000 decessi correlati al lavoro in Europa, di cui 160.000 sono dovuti a malattie occupazionali ed il resto è dovuto a incidenti. L'ambiente lavorativo ha cambiato radicalmente la sua organizzazione e composizione e continuerà a cambiare nei prossimi decenni. È chiaro che gli interventi di salute pubblica e di salute nei luoghi di lavoro rappresenteranno una sfida importante per mantenere una forza lavoro sana nel prossimo futuro. Lavorare in fretta, con tempi ristretti e/o con compiti monotoni e ripetitivi può avere un impatto negativo sulla salute. Altri fattori di stress includono la paura di perdere il lavoro, la percezione di un compenso inadeguato e/o bullismo e molestie. Inoltre, anche la disoccupazione è fortemente associata con una salute non buona. In Europa (specialmente tra i nuovi Stati membri) vi sono attualmente grandi

sfide per la salute nei luoghi di lavoro, che derivano da continui cambiamenti demografici e strutturali, come diseguaglianze regionali in salute e sicurezza, diseguità nell'accesso ai servizi di prevenzione (specialmente per piccole e medie imprese e per gli immigrati). In tempi di globalizzazione, il miglioramento della salute sul lavoro richiede un approccio olistico, che combini promozione della salute e prevenzione, salute occupazionale e sicurezza e consideri i determinanti sociali e l'occupabilità. Secondo la quinta European Working Conditions Survey, il 29% dei maschi ed il 19% delle femmine considera la propria salute o sicurezza a rischio a causa del lavoro. Questo impatto percepito del lavoro sulla salute differisce grandemente nei vari Stati membri europei e in differenti settori economici. Il tasso di incidenza delle malattie occupazionali è doppio negli uomini (80 per 100.000) rispetto alle donne. In entrambi i sessi si è osservato un aumento nel 2001-2002. Le cinque malattie occupazionali più comuni sono tenosinovite della mano o del polso, ipoacusia da rumore, epicondilite laterale, dermatite da contatto e sindrome del tunnel carpale. Nell'industria mineraria, il tasso di incidenza di malattie occupazionali è molto più alto della media, con un valore di circa 1800 per 100.000. L'industria edile e quella manifatturiera seguono con tassi di incidenza ancora doppi rispetto alla media, cioè di circa 60 per 100.000. Nel 2004 sono stati riportati in Europa circa quattro milioni di gravi incidenti sul lavoro, tre quarti dei quali hanno colpito uomini. In generale, vi è stata una notevole diminuzione di incidenti dal 1994. Tuttavia, nelle donne questa riduzione sembra essere iniziata solo recentemente, dopo un picco nell'anno 2000. Rispetto al 1998 si è verificata una riduzione di incidenti sul lavoro del 20% nell'UE25 e nell'UE15. Tut-

tavia, alcuni Stati membri come Irlanda, Spagna, Francia, Lussemburgo e Slovenia non hanno avuto risultati molto buoni, mentre Estonia, Cipro e Romania hanno avuto un aumento. Gli incidenti sul lavoro si verificano in modo molto differente nei diversi settori economici. Settori particolarmente rischiosi sono quelli della lavorazione del legno e delle costruzioni, con tassi di incidenza doppi rispetto alla media. In contrasto con l'andamento generale, il tasso di incidenti sul lavoro è aumentato nei settori di fornitura di elettricità, gas ed acqua, così come nel trasporto aereo. Notevole è il tasso di assenteismo: secondo la quinta European Working Conditions Survey, il 43% dei lavoratori europei è assente dal lavoro per problemi di salute almeno una volta nei 12 mesi, il 23% per più di 5 giorni e 13% per più di 21 giorni.

### ***I trasporti***

In termini di salute pubblica, il trasporto è associato a quattro importanti determinanti: rumore, inquinamento dell'aria, incidenti stradali e la possibilità di esercitare modalità fisicamente attive, specialmente andare in bicicletta e camminare. Con percentuali in aumento di obesità e livelli decrescenti di attività fisica, le modalità di trasporto che richiedono esercizio fisico costituiscono un'importante strategia per rendere attive le persone. Il successo di queste strategie dipende da adeguate opportunità di andare in bicicletta e camminare, specie negli insediamenti che frequentemente sono stati e sono tuttora sviluppati dando priorità al trasporto motorizzato. In previsione di un aumento del trasporto motorizzato, allo scopo di limitare questa tendenza, la disponibilità di adeguate infrastrutture per camminare e pedalare rappresenterà una sfida centrale per molte città. È già possibile raggiungere alti livelli di comportamento

di trasporto attivo particolarmente nelle città densamente popolate: ad esempio, a Berlino circa un terzo di tutti i tragitti si svolge con traffico non motorizzato e certe città olandesi o austriache già raggiungono livelli superiori al 50%.

### **Fattori sociali, reti e ambiente sociale**

Le reti, connessioni sociali sia al lavoro che nel privato, danno alle persone supporto emotivo e pratico. Un classico studio longitudinale dalla regione della Nord Carelia in Finlandia ha dimostrato che individui con scarse relazioni sociali hanno maggiori tassi di morte prematura e minori possibilità di sopravvivenza dopo un attacco cardiaco, anche dopo aggiustamento per i fattori di rischio noti. Inoltre, gli aspetti negativi delle relazioni intime sono collegati con un aumento del rischio di cardiopatia coronarica. Uno studio recente ha scoperto che una relazione coniugale soddisfacente è superiore ad altri tipi di relazioni strette. L'importanza delle reti e del sostegno sociale per una salute mentale positiva è ben riconosciuto; infatti, una rete sociale insufficiente è collegata alla depressione. La coesione sociale – definita come la qualità di reti sociali e l'esistenza di fiducia, obblighi reciproci e rispetto nella società – protegge la salute. Nell'UE 15, quasi il 22% dei cittadini riferisce un forte sostegno sociale, e più del 19% un sostegno scarso. Vi sono grandi variazioni tra i Paesi, che forse riflettono la grande variabilità dei livelli di risposta.

### ***Diseguaglianze socio-economiche***

Le disuguaglianze in salute non sono limitate agli individui più poveri della società. Vi è un gradiente di mortalità e morbosità in tutta la società che dipende da istruzione, situazione occupazionale e/o reddito. Le persone a più basso livello di istruzione, classe occupazionale (specie disoccupati o sottoccupati)

ti), livello di reddito, o altri gruppi come gli immigrati, sono caratterizzate da una più alta incidenza e prevalenza di molte malattie, hanno una più alta mortalità prematura e livelli più bassi di trattamento e di accesso ai servizi sanitari. Le disuguaglianze di mortalità esistono dall'età più giovane a quella più avanzata in entrambi i generi ma tendono ad essere minori tra le donne che tra gli uomini. Il rapporto finale del progetto EU-ROTHINE, pubblicato nel 2007, ha mostrato che nell'UE le patologie cardiovascolari sono la causa principale di disuguaglianza e sono responsabili delle differenze di mortalità associate al livello di istruzione rispettivamente per il 33% e il 50% per uomini e donne, e che traumi e tumori, particolarmente quelli del polmone, sono cause più importanti di disuguaglianza in salute negli uomini che nelle donne. Le disparità di mortalità correlate all'occupazione seguono una distribuzione simile a quelle dovute all'istruzione. In molti Paesi dell'Europa occidentale le differenze di mortalità tra gruppi socio-economici si sono ampliate durante gli ultimi tre decenni del 20° secolo ed hanno portato a considerevoli aumenti del rischio relativo di morte nei gruppi socio-economici più bassi.

### **La violenza**

Aggressioni e minacce sono forme di comportamento che hanno conseguenze molto negative sul tessuto sociale e sulle condizioni economiche delle comunità colpite. La violenza interpersonale è responsabile del 2% degli infortuni mortali nell'UE27 e del 5% nel gruppo di età compresa tra 1 e 4 anni. Gli uomini sono più frequentemente vittime di violenza rispetto alle donne. I tre crimini da contatto considerati nella European Crime and Safety Survey sono rapine, incidenti sessuali, aggressioni e minacce. Gli incidenti sessuali sono rappresentati da aggressioni sessuali e ciò che le vittime descrivono

come comportamento sessuale offensivo. Aggressioni e minacce possono essere distinte in aggressioni con la forza e semplici minacce. Occorre ricordare che i rischi sono relativamente bassi per ciascun tipo di crimine da contatto. La violenza interpersonale è un problema di crescente preoccupazione pubblica e comprende la violenza domestica, l'abuso di bambini e anziani, la violenza giovanile, la minaccia per le attività economiche e si presenta in varie forme (fisica, mentale e sessuale). Nessun fattore spiega perché alcuni individui si comportino violentemente verso gli altri o perché la violenza sia più presente in alcune comunità rispetto ad altre. Dal momento che la violenza è multifattoriale, con radici biologiche, psicologiche, sociali ed ambientali, deve essere contrastata contemporaneamente a diversi e differenti livelli. La percezione di sicurezza è naturalmente correlata alla frequenza dei crimini e al rischio di vittimizzazione. Considerando la percezione soggettiva della sicurezza, è comunque più probabile che le persone massimizzino l'uso degli spazi esterni se l'area è percepita come sicura.

### **Conclusioni**

Il quadro che emerge è senza dubbio allarmante e riflette, anche in questo settore, la visione che si ha dell'intero continente: un insieme di nazioni/stato ancora lontano dal rappresentare il significato vero della sigla U.E. Le differenze esistenti su elementi indifferenti rispetto a questioni di potere e di predominio, come quelli della raccolta ed elaborazione di dati sulla salute delle popolazioni, mostrano quanto siamo ancora lontani dal processo di unificazione iniziato ormai da oltre mezzo secolo. Indeboliscono, fino a negarle, le raccomandazioni e le proposte, molte delle quali vincolanti, di quegli organismi internazionali che le diverse na-

zioni pure mantengono in piedi e cui, a parole, riconoscono grande importanza. E' certo il riflesso di un ancoraggio ad una visione di Europa simile a quella vissuta nella prima metà del "secolo breve" ; se pure non in guerra guerreggiata (che tuttavia mostra qualche focolaio ancora acceso) i Paesi sono ancora ostili gli uni agli altri, incapaci di elaborare una vera politica comune, di fronte alle sfide che la globalizzazione, l'emergenza di nuovi poteri, l'insorgenza di nuove forme di aggressione pongono anche riguardo ad un bene primario come la salute, essa stessa fonte di ricchezza e valore anche economico.

Se è vero che: "La salute dei cittadini è una priorità fondamentale dell'Unione europea. La politica sanitaria dell'UE integra le politiche nazionali per garantire che chiunque vive nell'UE abbia accesso a un'assistenza sanitaria di qualità". I principali obiettivi della politica dell'UE in materia di salute sono: prevenire le malattie; promuovere stili di vita più sani; promuovere il benessere; proteggere le perso-

ne dalle gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero; migliorare l'accesso all'assistenza sanitaria; promuovere l'informazione e l'educazione in materia di salute; migliorare la sicurezza dei pazienti; sostenere sistemi sanitari dinamici e nuove tecnologie; fissare parametri elevati di qualità e di sicurezza per gli organi e le altre sostanze di origine umana, e garantire medicinali e dispositivi medici di elevata qualità, sicuri ed efficaci.

Tutto questo deve essere fatto anche con politiche che si dimostrino più efficienti ed efficaci in quanto, attualmente, la sanità rappresenta uno dei più importanti settori delle economie sviluppate con un risultato attuale di circa il 7% del PIL nella UE. Circa il 9% dei lavoratori UE sono infatti impegnati nel settore della salute e dei servizi sociali e la performance del settore della salute condiziona la competitività dell'economia generale attraverso i suoi effetti sul costo del lavoro, sulla flessibilità del mercato del lavoro e sull'allocazione delle risorse.

#### RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. WHO. The world health report 2013: research for universal health coverage. ISBN 978 92 4 156459 5. Luxembourg: World Health Organizations; 2013.
2. Eurofound, Fifth European Working Conditions Survey. ISBN 978-92-897-1062-6. Luxembourg: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions; 2012.
3. The European health report 2012: charting the way to well-being, ISBN 978 92 890 1429 8 Copenhagen:Regional Office for Europe . 2012.
4. WHO. World health statistics 2014. ISBN 978 92 4 069267 1. World Health Organization 2014.
5. Commissione europea. Le politiche dell'Unione europea Salute pubblica. ISBN 978-92-79-24597-8. Lussemburgo: Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione Europea; 2013.