

# The European Health Report 2015



Stefania Manetti

Pediatra di famiglia, Piano di Sorrento (Napoli)

L'ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS è uno dei sei uffici regionali sparsi nel mondo, ognuno con programmi specifici orientati ai problemi di salute dei Paesi afferenti. La Regione Europea che poi è europea sì e no, conta 900 milioni di abitanti in un'area che va dall'Oceano Artico al Nord, il Mare Mediterraneo al Sud, l'Oceano Atlantico a Ovest e l'Oceano Pacifico a Est.

Nel 2012 i 53 Stati membri dell'EU, che vanno un po' al di fuori dell'Europa geografica, hanno adottato l' "Health 2020" come la nuova cornice delle politiche sanitarie europee. Gli obiettivi condivisi da tutti gli Stati membri sono: "migliorare in modo significativo la salute e il benessere delle popolazioni, ridurre le disuguaglianze di salute, rafforzare la sanità pubblica e garantire sistemi sanitari con al centro la persona, universali, equi, sostenibili e di alta qualità".

Gli scopi principali di questa pubblicazione sono:

- Riferire i progressi fatti nei confronti degli obiettivi di Health 2020;
- Evidenziare le nuove frontiere per i prossimi anni per ottimizzare il monitoraggio per Health 2020, includendo anche la misurazione del benessere soggettivo.

Gli Stati membri nel 2013 hanno indicato il 2020 come anno in cui tracciare una linea di confine per valutare i progressi fatti verso il raggiungimento di 6 obiettivi:

- 1 Riduzione della mortalità prematura in Europa
- 2 Aumentare l'aspettativa di vita in Europa
- 3 Ridurre le disuguaglianze in salute in Europa
- 4 Incrementare il benessere della popolazione Europea
- 5 Andare verso una copertura sanitaria universale
- 6 Dare agli stati membri la possibilità di definire degli obiettivi nazionali

Appare oramai chiaro che uno stato di buona salute è non solo un bene prezioso ma una fonte di stabilità sociale ed economica. Raggiungere questo obiettivo non

deve essere privilegio di pochi ma diritto di tutti, in tutte le fasi della vita; è inoltre la soluzione per poter ridurre la povertà e contribuire a uno sviluppo sostenibile. Per raggiungere questo obiettivo è altrettanto chiaro come sia necessaria una politica efficace a tutti i livelli di governo e una collaborazione tra tutti gli ambiti della società.

Per rispondere in maniera efficace ai bisogni spesso diversi degli Stati membri, in un mondo in rapida evoluzione, è necessario modificare la mentalità degli operatori sanitari, dei decisori politici e di tutti coloro che guardano al concetto di salute come lotta contro la malattia o assenza della stessa, per focalizzare l'attenzione sulla promozione della salute e del benessere.

Molto è stato fatto, molto rimane da fare per ridurre i fattori di rischio. Si è sulla buona strada per ridurre la mortalità prematura legata alle malattie cardiovascolari, cancro, diabete e malattie respiratorie croniche. Il maggior progresso si è ottenuto in quei Paesi con la mortalità più elevata. Tuttavia i dati sui principali fattori di rischio (consumo di alcol, sovrappeso, obesità e fumo) sono ancora allarmanti.

La Regione Europea detiene il primato mondiale per consumo di alcol e fumo e si colloca poco dopo le Americhe per la prevalenza di obesità e sovrappeso (45%-67%). La riduzione dell'uso del tabacco non è assolutamente sufficiente a raggiungere il target del 30% richiesto dal monitoraggio sulle malattie non trasmissibili per il 2025. In aggiunta a questo sono ancora pochi i Paesi che trasmettono regolarmente all'OMS i dati sui fattori di rischio o sulla mortalità a scapito della robustezza e accuratezza dei dati stessi.

Anche per le vaccinazioni la situazione è molto diversificata e per certi versi particolare: i livelli di copertura che si riscontrano in Paesi diversi non sempre sono espressione del potere economico o del livello di welfare del Paese, ma anche in Paesi avanzati la disinformazione ha lasciato un segno difficile da cancellare.

La copertura vaccinale, benché sia piuttosto

alta (pari al 95,4 per cento per la poliomielite e al 94,6 per il morbillo nel 2012), e in crescita (nel 2010 era al 94,7 per cento per la poliomielite e al 93,4 per il morbillo), resta comunque al di sotto della soglia minima per garantire un effetto protettivo sull'intera comunità (96 per cento). I vari focolai di morbillo e rosolia riscontrati negli ultimi anni sono le conseguenze di tutto ciò; merita segnalare a tal proposito il primo caso di morte per difterite negli ultimi trent'anni.

Gli indicatori legati ai determinanti sociali della salute (mortalità infantile, aspettativa di vita, iscrizione alla scuola elementare e disoccupazione) hanno mostrato un trend positivo a partire dal 2010; tuttavia le differenze assolute tra nazioni rimangono comunque alte.

I dati relativi all'Italia evidenziano una situazione complessivamente migliore rispetto alla media europea riguardo all'aspettativa di vita che è significativamente migliore (79,8 anni per gli uomini e 85 anni per le donne) e i tassi di mortalità che sono inferiori di alcuni punti percentuali per ciascuna delle cause considerate.

Dal 2010 al 2013 le nazioni che hanno adottato politiche sanitarie focalizzate e indipendenti per affrontare le disuguaglianze in salute sono aumentate dal 58% al 67%: questo è un dato importante, tenuto conto delle variabilità fra Stati. Inoltre si è ampliato anche l'obiettivo di tali politiche, allargando l'orizzonte alla lotta alla povertà e al miglioramento dell'ambiente fisico. Tuttavia, anche se in riduzione, le disuguaglianze in salute sono ancora considerevoli; la natimortalità varia dal 2‰ al 22‰, l'aspettativa di vita da 71 a 81 anni. Anche le disuguaglianze socio-economiche variano considerevolmente, come il tasso di scolarità che varia dall'89,3% al 99,8% e il tasso di disoccupazione che va dallo 0,5% al 31%.

Tutti i governi hanno aumentato le iniziative atte a fronteggiare questo problema, con particolare attenzione alla tutela dell'ambiente e alle misure di contrasto alla povertà.

Abbiamo a oggi i dati sul benessere soggettivo ma, ai fini del monitoraggio, è necessario lavorare ancora per misurare il benessere e il suo contesto culturale. “L’average self report life satisfaction score”, una misurazione sul benessere soggettivo varia nei Paesi europei da 7,8 a 4,2 con un intervallo compreso tra 0 (peggiore) e 10 (migliore).

In diversi Paesi europei c’è stato un cambiamento di paradigma con uno spostamento dell’attenzione dalla mortalità e dalla malattia verso la salute e il benessere. Sono comunque necessarie ulteriori ricerche in questo ambito, considerati i diversi contesti culturali delle regioni europee. L’ufficio regionale europeo dell’OMS a tale proposito ha individuato un gruppo di esperti per definire le priorità necessarie per ulteriori sviluppi in questo ambito. Gli esperti hanno ritenuto necessarie integrazioni da sorgenti di informazioni non convenzionali al fine di migliorare la raccolta dei dati sul benessere; il loro campo di azione si è quindi allargato in ambito antropologico, storico e narrativo.

Tra tutti gli Stati membri l’Italia ha introdotto come dato di misurazione dello stato di benessere il concetto di “landscape and cultural heritage” (paesaggio e patrimonio culturale). Inoltre, con l’esperienza italiana maturata negli ultimi anni nella gestione dei migranti, sono state utilizzate come dati non convenzionali le fonti narrative per ottenere informazioni sullo stato di salute. Dal 2010 al 2013 la proporzione di Paesi europei che si sono allineati agli obiettivi di Health 2020 è aumentata dal 58% al 75%, incremento simile a quello delle disuguaglianze.

Per valutare il vero impatto di questi programmi sono necessari sistemi di monitoraggio diversi. A tal proposito sono stati inclusi nelle politiche di Health 2020 concetti mai stati misurati prima, come la resilienza delle comunità, il senso di appartenenza e l’empowerment.

Per migliorare lo stato di salute di un Paese l’opinione della società civile è un fattore chiave per formulare, promuovere e attuare i cambiamenti. Questa stessa opinione può essere in grado di generare anche nuo-

ve idee. Forti evidenze mostrano che indirizzi politici con un buon rapporto costo/efficacia possono migliorare direttamente la salute e il benessere della popolazione. Sviluppare resilienza è un fattore-chiave per la tutela e la promozione della salute e del benessere, sia a livello individuale che di comunità. Le comunità resilienti reagiscono in maniera attiva e positiva a situazioni nuove o avverse e sono capaci di affrontare meglio le crisi e le difficoltà.

Nell’OMS esiste un movimento delle Città e Comunità Sane che fornisce diversi esempi su come si possa, all’interno di una comunità, lavorare per la costruzione di questo tipo di resilienza, coinvolgendo la popolazione rispetto ai temi della salute e generando un forte senso di appartenenza. Tuttavia, sovraccaricare le nazioni europee con una notevole raccolta di dati non pare essere la scelta migliore, e pertanto la volontà di ampliare il campo di azione verso la ricerca di evidenze già esistenti in altre discipline che possano facilitare l’attuazione del piano sembra essere una manovra intelligente e importante.

La chiave di tutto rimane tuttavia la cooperazione internazionale per poter andare avanti con la ricerca e con lo sviluppo di evidenze e di sistemi informativi sulla salute. I sistemi informativi devono essere flessibili e adattabili a nuovi bisogni e a nuovi approcci per poter produrre statistiche solide e regolari nel tempo. A tal fine l’ufficio regionale dell’OMS per l’Europa ha creato l’EHII (Iniziativa di Informazione sulla Salute Europea), un network per migliorare le informazioni che sottostanno alle politiche.

In conclusione, possiamo affermare quindi che l’Europa si è avviata verso gli obiettivi di Health 2020 ma ancora molto rimane da fare. Il gap più preoccupante è quello legato ai determinanti sociali della salute, alla mortalità infantile e all’aspettativa di vita alla nascita.

La raccolta dei dati deve essere rafforzata anche con nuovi metodi di monitoraggio. Importante appare l’ampliamento, a tal fine, verso nuove sorgenti non tradizionali di dati come evidenze qualitative e studi narrativi. Ogni Paese della Regione Europea è

unico e potrà perseguire obiettivi comuni attraverso percorsi diversi; sicuramente in questo sta in parte la complessità di Health 2020 e tuttavia in un sistema sempre più interdipendente la necessità dei Paesi di agire insieme diventa sempre più importante.

### Alcune riflessioni

I dati sullo stato di salute di una popolazione hanno subito una transizione: dagli anni di vita persi per mortalità prematura agli anni vissuti con una disabilità. Un recente editoriale apparso su *Lancet* ci ricorda tuttavia come la misurazione degli anni di vita vissuti in buona salute dovrebbe essere un dato più valutabile nelle ricerche scientifiche correnti, insieme alla promozione del benessere.

Una macroscopica mancanza del Rapporto Health 2020 riguarda la situazione dei migranti e dei rifugiati: un Rapporto targato Regione Europea non può non considerare scientificamente e politicamente l’enorme movimento degli ultimi anni che ha coinvolto molti Paesi europei. Auspichiamo pertanto che la situazione migranti e rifugiati faccia parte delle politiche e strategie del prossimo Report.

### Conflitto d’interessi

L’Autrice dichiara di non avere alcun conflitto d’interessi.

✉ [doc.manetti@gmail.com](mailto:doc.manetti@gmail.com)

Barbera E, Falcone U, Tortone C, Salute 2020.

Un modello di politica europea a sostegno di un’azione trasversale al governo e alla società a favore della salute e del benessere. DoRS Regione Piemonte – ASL TO3.

Europe in 2015-Health in a diverse and changing region, *Lancet* 2015;386. [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com).

WHO Regional Office for Europe: “The European Health Report 2015. Targets and beyond – Reaching new frontiers in evidence”.

WHO Regional Office for Europe: “Health 2020: a European policy framework and strategy for the 21st century”.

WHO Global Information System on Alcohol and Health (GISAH) [online database]. Geneva: World Health Organization, 2014.