

EQUITY ACTION

EQUITY ACTION è un programma comunitario (“joint action”) incentrato sul problema delle disuguaglianze sanitarie. Il suo obiettivo è quello di favorire la solidarietà in tema di salute nonché la comunicazione europea sulle disuguaglianze sanitarie: promuovendo lo scambio di informazioni e di conoscenze, identificando e diffondendo le buone pratiche e facilitando l’implementazione/progettazione di buone pratiche specifiche.

Per conseguire questi obiettivi, **EQUITY ACTION** ha attivato **4 pacchetti/progetti operativi, detti WPs:**

- 1) **TOOLS (WP4)** : azione sulla U.E. e sugli stati membri, per focalizzare gli aspetti dell’impatto sanitario e delle disuguaglianze in tema di salute;
- 2) **REGIONI (WP5)**: identificare e supportare le azioni regionali sul tema, influenzando i programmi UE post 2014;
- 3) **CONOSCENZA (WP6)**: uso di esperti per diffondere i concetti delle azioni intersettoriali;
- 4) **STAKEHOLDERS (WP7)**: formazione specifica per creare le reti tra le istituzioni.

I 4 progetti hanno tempistica 2011-2014 e coinvolgono 24 partners in 16 stati membri (www.health-inequalities.eu).

Una newsletter dedicata (equity action news) contribuisce a diffondere le idee ed i programmi.

Per migliorare la politica sanitaria e ridurre le disuguaglianze in tema di salute, EQUITY ACTION ha organizzato una **serie di eventi europei**, focalizzati ad evidenziare le “best practices”, attraverso la discussione e lo scambio di esperienze e di idee.

Un primo evento, dedicato al tema **“ASSIEME, per l’equità di salute, fin dalla prima età”** si è svolto in **Maggio (8-9), a Budapest**, con la partecipazione di 65 Stakeholders di 11 Stati Europei. Si è ragionato su un modello, presentato da **John Griffiths (UK)**, sul tema “ Basi ed importanza del coinvolgimento degli Stakeholders”: obiettivi comuni, collaborazione, trasparenza, rapporti con il potere, tipologie (presenza di soggetti volontari e/o pagati; azione attiva o passiva). A Budapest si è discusso, altresì, su 3 proposte: una del WHO for Europe; una di EUROCHILD; una del NHS inglese. Si è concordato, allora, sul ruolo cruciale degli stakeholders e sulla necessità di: conoscere i settori affini; stabilire obiettivi chiari-condivisi-forti; evidenziare i benefici del lavoro intersettoriale.

Berlino, 15-16 November 2012

Nei giorni scorsi (15-16/11/12), si è tenuto a Berlino il **SECONDO INCONTRO** degli stakeholders di **EQUITY ACTION (Second EU-wide stakeholder debate of Equity Action)**, dedicato all'analisi delle esperienze in atto, soprattutto quelle dedicate all'infanzia, ed alla definizione degli obiettivi di medio-periodo.

Erano presenti **70 Stakeholders, tra cui 4 italiani**: Stefano Biasioli (CNEL), Giuseppe Costa (ASLTO3), Guido Giustetto (FNOMCeo), Stefania Vasselli (Ministero Salute).

Preliminarmente ricordiamo che un recente COUNCIL del WHO EUROPE (Malta,2012) aveva definito che:..." è vitale che le diseguaglianze sanitarie vengano combattute con l'azione integrata dei vari decisori, al fine di dare agli individui, ai gruppi ed alle comunità, la possibilità di agire sulle decisioni che modificano la loro vita".

Il meeting di Berlino ha focalizzato le azioni possibili per promuovere l'EQUITA' della SALUTE fin dall'INFANZIA (0-5 anni), nella convinzione che stili di vita scorretti in tenera età condizionino la salute di quegli stessi soggetti, nelle successive fasi di vita (adolescenza, età adulta).

Ancora una volta, si è puntato alla cooperazione tra i vari soggetti istituzionali, appartenenti a diversi settori: ambiente, costruzioni, educazione, sanità etc (WP4-7).

Cio' richiede leadership ed enfasi su relazioni, obiettivi, informazione, collaborazione, concretezza, abilità specifica.

Prima giornata

INFANZIA

Risulta cruciale dare ad ogni bambino il migliore "avvio vitale", per ridurre le diseguaglianze sanitarie, sociali ed economiche durante tutta la vita restante.

Le basi di ogni aspetto dello sviluppo umano (fisico, intellettuale, emozionale) poggiano nelle prime fasi di vita (gravidanza-→5 anni). Individuare le criticità e le necessità di questa prima fase vitale e mantenere un approccio corretto – come abitudini e stili di vita- nella scuola primaria e secondaria, costituisce il substrato per una "sana" vita adulta.

Ciò che avviene nei primi anni di vita ha effetti prolungati e duraturi su molti aspetti della salute e del benessere psico-fisico (well-being): dall'obesità alle cardiopatie, alla formazione ed all'economia individuale.

Non è per nulla facile abbattere le iniquità sanitarie presenti nell'infanzia. E' richiesta, infatti, l'azione integrata di diversi settori: educativo, sociale, urbanistico, sanitario.

L'evento di Berlino è servito a far condividere – ai 70 intervenuti – i risultati raggiunti in alcuni Paesi e la necessità di una cooperazione intersettoriale, al fine di sviluppare linee guida operative per i gruppi coinvolti.

a) ha rimarcato la necessità di una alleanza operativa ricordando che i livelli economici impattano pesantemente

sullo stato di salute. I giovani più poveri studiano di meno e fumano di più, rispetto ai meno poveri. In Germania, nel decennio 2001-2011, la “fuga scolastica” è scesa dal 25 al 10%, grazie ad un lavoro intersettoriale che ha coinvolto 54 organizzazioni (Stato, Landers, Comuni).

Dal 2012 – in Germania- è iniziato un lavoro federale (detto “Early prevention”) contro gli abusi giovanili e contro la povertà giovanile, per migliorare il futuro dei giovani stessi.

Ciò è tanto più necessario perché (Robert **SCHULER, Assessore Federale alla Sanità, BMG, Bonn**) i 5 anni di crisi europea hanno compromesso i sistemi socio-sanitari, aumentando le disuguaglianze. Per questo diventano fondamentali alcuni elementi: implementazione dei dati, allocazione dei budgets (H-T= ospedale-territorio), coinvolgimento di più aree e settori, partecipazione della gente.

Secondo **Mark GAMSU (HAPI, UK)**, per agire sulle disuguaglianze sanitarie occorre essere propositivi ed occorre cercare il cambiamento, agendo democraticamente sulla politica ed utilizzando ogni mezzo lecito. Non solo relazioni ma anche casistiche, informazioni e creazione di un tool specifico basato sui risultati, con successivi suoi aggiornamenti. L’obiettivo finale è la creazione di un **network EQUITY ACTION che sottolinei, anche a livello europeo, le ineguaglianze tra Stati membri e che agisca sia sulla Commissione U.E. che sui singoli Stati.**

Secondo **Clive NEEDLE (EuroHealthNet)**, “...per chiudere il gap in una generazione e senza distruggere l’economia è necessaria una nuova forma di radicale politica centrista...” (The Economist, 13/X/12). Occorre andare...”oltre l’austerità verso la crescita. La povertà è cara; per risolverla occorre agire, prima che si finisca nell’abisso..” (The Economist, ibidem).

Quali le MINACCE (THREATS) ?

Sono almeno dieci: crisi, austerità, tagli economici, tagli agli indicatori di salute, aumento delle disuguaglianze sulla salute, fratture sociali, cambi demografici, azioni locali e non europee.

Quali le soluzioni? Occorre prendere atto di un percorso europeo, iniziato nel 2008.

-2008: CSHD: aumentare le conoscenze; migliorare le condizioni di vita; bilanciare il rapporto tra potere e risorse.

-2009: CHILDREN MALNOURISHED FLORISH !

-2012: Politica formativa europea per i giovani senza lavoro (135 bilioni di euro).

-2012: Save the children.

-2014: Nuova Commissione Europea; nuovo Parlamento Europeo; Programma 2020; WHO public health action plan.

-2050: stili di vita; programmi per l’ambiente.

e il gap, grazie ad una serie di diversi DRIVERS
;ress Framework, FP7 Research program, Health Action
Program) ed in consorzio con Eurochild e con l'European Antipowerty Network.

Tutte le Organizzazioni utilizzano una analoga metodologia: analisi dei fenomeni, collegamento interistituzionale, ascolto, collaborazione, verifica e modifica dell'azione. L'obiettivo è analogo: un'azione sociale sull'infanzia. Ovvi i limiti: la sordità della politica e gli aspetti economici. Ma, **secondo Needle, piccole azioni e piccoli costi possono provocare grossi cambiamenti, in tempo di crisi.**

Needle ha ricordato all'uditorio alcuni siti documentali:

- www.health-inequalities.eu
- www.health-gradient.eu
- www.equitychannel.net
- www.healthyageing.eu

WELFARE SOCIALE e SALUTE

Su questo tema sono coinvolti (2011-2014) 40 gruppi europei. Al proposito, **Ilona RENNER** (NZFH, Germania) ha relazionato su: " A GOOD START INTO LIFE", ossia sul progetto WHO 2008 detto "**Equity from the start**", rivisto nel 2010 e pubblicato come European Review sul Lancet (Settembre,2012).

Il resoconto parte dal contesto socio-economico e dall'analisi del questionario "WHO CSHD network", per ribadire la necessità di seguire queste **linee guida**: a) identificare il contesto; b) definire le opportunità economiche derivanti dallo stato di salute; c) definire il percorso tecnico: campionamento, descrizione, diffusione, effettuazione dei tests, ridefinizione del percorso...; d) identificare i benefici per gli altri settori; e) chiarire i risultati possibili: protezione sociale ed educazione favoriscono l'apprendimento e riducono la malnutrizione (Int.J.Public Health 2012;57; 23-33).

Le azioni da effettuare sono legate a queste variabili: a) tipologia dell'equità (da esplicitare); b) tipologia degli interventi sociali in atto; c) identificazione della popolazione a rischio; d) tempi e modi dell'azione; e) azioni sanitarie possibili; f) sequenza degli interventi: famiglia, vicini, comunità locale, ; g) organizzazione del lavoro: collettivo ed individuale (sul singolo bambino); h) sostenibilità (servizi sociali incentrati sul paziente; rapporto tra sanità -leader- ed altri settori coinvolti.

In Germania (2007-2012) il "National Centre for early prevention" ha messo in atto 10 progetti nazionali (in 16 lander), rivolti alle famiglie con figli da 0 (gravidanza) a 2 anni, ed utilizzando varie strutture: Dipartimenti di Maternità, Centri per la gravidanza, Centri giovanili.

maria Ginecologa al Sant'Anna LUDWIGSHAFEN) ha
550 nati (su 6237, in 4 anni:2008-2012) **in famiglie a**

rischio, seguiti/seguite fino all'età di 2 anni.

La ginecologa era partita dalla volontà **di aiutare la maternità in "famiglie a rischio"**, identificate tramite un questionario informatico dedicato e con colloqui diretti con i familiari, durante la fase di ricovero. Usando "pochi fondi di reparto" il suo gruppo è riuscito a fornire un serio supporto alle famiglie, anche con visite interspecialistiche quindicinali (ginecologica, psicologica, sociale) per 6 mesi dopo il parto e con continuità più diluita fino ai 2 anni del nuovo-nato.

Secondo la ginecologa, le famiglie vanno "supportate" e non "controllate", con attività trasparente, continuativa (ricorso alle stesse persone) e comunicativa. Intuibili i problemi riscontrati: economici e tecnici (family midwife) perché **la Legge Federale del 2008 rende obbligatoria la protezione dei neonati ma non la finanzia!**

Per quanto riguarda i costi, secondo la Filsinger un (1) euro speso per la prevenzione elimina sedici (16) euro di complicanze nel primo triennio di vita. Un'analoga esperienza ultraventennale è stata fatta in Belgio (Gerits POL, FPSH, Belgium).

Seconda giornata

La giornata di **Giovedì 16/11** è stata dedicata a **temi più generali**. Li riassumiamo.

1) **HEALTH IN PUBLIC EDUCATIO**S (Thomas KOOS, NHHD, Ungheria)

Al proposito, sono emersi i seguenti aspetti: disuguaglianze territoriali nell'educazione pubblica; l'azione "*sine pecunia*"; gli stili di vita da insegnare nella scuola; il ruolo dello Stato, delle comunità locali, dei media; le resistenze degli insegnanti (solo il 20% collabora!).

2) **SOCIAL WELFARE and HEALTH**

Necessità di agire usando le esperienze acquisite, la cooperazione intersettoriale (top→down; "istruir facendo"), la politica (da cambiare), il CHILD PROTECTION ACT della U.E.; il confronto tra i paesi europei.

3) **PLANNING and HEALTH** ("civil society initiatives")

Va utilizzata la progettualità nazionale e locale per sinergie quali: i percorsi pedonali, l'aumento dell'attività fisica, la socializzazione, il coinvolgimento delle comunità locali, il ruolo dei media. In Olanda, la realizzazione di percorsi per biciclette ha ridotto drasticamente gli incidenti stradali; in Spagna, i City-networks hanno avuto lo stesso risultato.

Al proposito, il Dr. Frank Lehmann (BzGA, Berlin) ha raccontato l'esperienza tedesca (16 stati federali): 2000 progetti sui giovani con problemi di salute o di difficili condizioni sociali (15-20% del totale). 55 partners comunali hanno raccolto i dati ed elaborato alcune linee guida, quali:

- scambio attivo nel social network
- meetings tra esperti locali
- coinvolgimento multilivello degli stakeholders (nazionali, regionali, municipali)
- aumento dell'attività fisica extrascolastica (16-20 anni)
- raccordo tra famiglie e vicini, servizi socio-sanitari, medicina sportiva, volontariato.

Secondo Lehmann **vanno coinvolte diverse tipologie di soggetti**: i FACILITATORI (leaders), i TRADUTTORI (diffusori dei messaggi), gli ATTIVISTI, il NETWORK (Ministero, Regioni, Comuni, Fondi sociali). Grossi i problemi (scarsità delle risorse, cecità professionale, mancanza di cultura cooperativa) ma ovvie le soluzioni: originalità, pazienza, convincimento.

SLOGAN POSSIBILI: "Long breath...process of unfreezing..." (Kurth Levin); "Helping us and you..."; .."WHY WORKING TOGETHER ?.."

ASPETTI POLITICI

Spetta ai tecnici indicare alla politica l'esigenza del cambiamento ossia dello sviluppo socio sanitario possibile in tempi di crisi. Su questo, nel corso del Meeting, hanno concordato i Colleghi tedeschi, svedesi, inglesi ed italiani. Da 15 anni è cambiato il concetto di "equità sociale" e di "diseguaglianze sociali". Se ne è resa conto anche l'U.E., che sta pubblicando un report dedicato sia alle differenze tra Paesi che alle soluzioni pratiche possibili. Per essere ascoltati dalla politica occorre mettere in giuoco 4 elementi/fattori: i dati (evidence based action), la chiarezza, l'opinione di molti stakeholders, la responsabilità, l'interazione tra diversi settori (ad esempio, i trasporti impattano sull'ambiente e sulla salute..), i media, la scuola.

Uno degli obiettivi dell'Europa 2020 è il miglior benessere (well being): per questo esiste EQUITY ACTION!

CONCLUSIONI (del Redattore)

L'esperienza tedesca è stata utile, per me e – spero – per il CNEL, perché ha messo a fuoco molti temi sociali o socio-sanitari, fondamentali in tempi di crisi economica, prolungata, profonda, poco gestibile.

A mio parere l'azione "preventiva e curativa" andrebbe estesa anche alla popolazione over 60-65 anni, con un progetto del tipo " **GETTING OLDER HEALTHILY**", impostato sul dialogo



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

ività fisica, sull'housing, sulla rete municipale, sui
sso.

Un progetto siffatto potrebbe essere presentato dal CNEL, nell'Aprile 2013, nel corso di un SEMINARIO DEDICATO, aperto a tutti i Soggetti Istituzionali coinvolgibili (CNEL, CER, ISTAT, Ministero Salute, AGENAS, ANCI, API, FNOMCeO, Confederazioni pubbliche e private, ASSOBIOMEDICA, FEDERFARMA, Assicurazioni, Organizzazioni dei Cittadini) ed includente la preziosa collaborazione attiva (come Esperti e come Relatori) anche dei Colleghi Giuseppe Costa, Guido Giustetto e Stefania Vasselli.

Stefano Biasoli

Segretario Generale CONFEDIR

Consigliere CNEL

Membro della Va Commissione CNEL e Responsabile del Gruppo Welfare.

17/11/12