

RIISG – FORMAZIONE DEI FORMATORI, VENERDI' 3 FEBBRAIO 2012

Determinanti sociali e diseguaglianze nella salute

Una guida all'insegnamento
a cura di G. Maciocco e SISMI

- One of the amendments was sparked by concern that the new consortia of local doctors in each part of England would be able to deny patients certain treatments because of their lifestyles.
- In Hertfordshire, the Herts Valley Clinical Commissioning Group (CCG) has become the first in England to tell obese patients to lose weight or they would not receive gall bladder, hernia or tonsil surgery.
- The CCG has also told smokers that they have to see a counsellor about trying to quit before they can undergo certain operations.

LA PIRAMIDE DELLA SALUTE



Paradigma della formazione medica (Approccio riduzionista)

Il **riduzionismo** sostiene che i concetti di una scienza debbano essere ridotti a delle entità le più elementari possibili.

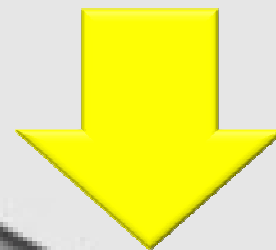


Applicazione
clinica

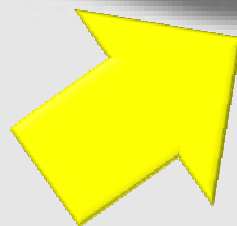
causa-effetto

La catena delle cause

IL PIU' VICINO ALL'EVENTO



L'ANELLO
FINALE



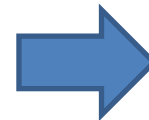
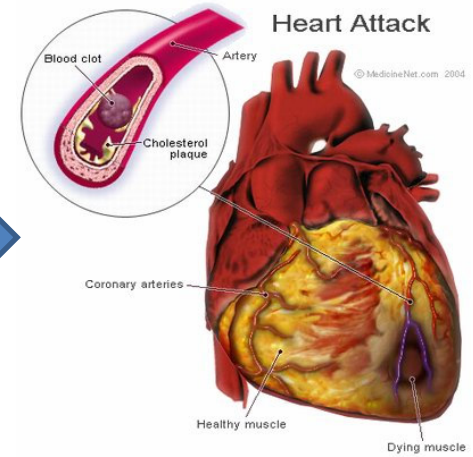
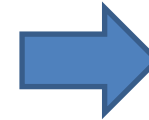
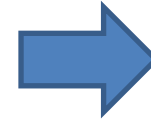
IL PIU' FACILMENTE DOCUMENTABILE



Cause distali



Cause prossimali



This Provisional PDF corresponds to the article as it appeared upon acceptance. Fully formatted PDF and full text (HTML) versions will be made available soon.

The hidden inequity in health care

International Journal for Equity in Health 2011, **10**:15 doi:10.1186/1475-9276-10-15

Barbara Starfield (bstarfie@jhsph.edu)



Western health systems are dominated by a paradigm of illness that considers “diseases” to be the basic element of pathology [3]. Beginning with the anatomist Vesalius in the 17th century, disease came to be thought of in terms of abnormalities in body organs, with each abnormality adding, in linear fashion, to the extent of illness. Medicine is still practiced this way, with each disease requiring special knowledge and special expertise for management, and adherence to each disease guideline adding linearly to the quality of care provided. In this outdated scheme, there is no room for recognizing that diseases are not distinct biological entities that exist alone and apart from the person. A century ago, thoughtful clinicians (such as Sir William Osler) recognized that it is more important to know “what sort of patient has a disease than to know what sort of disease a patient has” [4]. The only change that might be made to this dictum a century later is to substitute diseases, risk factors, and adverse effects for “disease”.

“La salute è uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non una mera assenza di malattia o infermità”. Questa definizione di salute fu coniata all’atto della costituzione dell’Organizzazione Mondiale della Sanità nel luglio 1946 ed entrò in vigore il 7 aprile 1948, data in cui l’OMS entrò nell’orbita delle Nazioni Unite.

Tratto da SaluteInternazionale.info

Vivere con una malattia. Ed essere sani

2012-01-25 14:01:19 Redazione SI



Gavino Maciocco

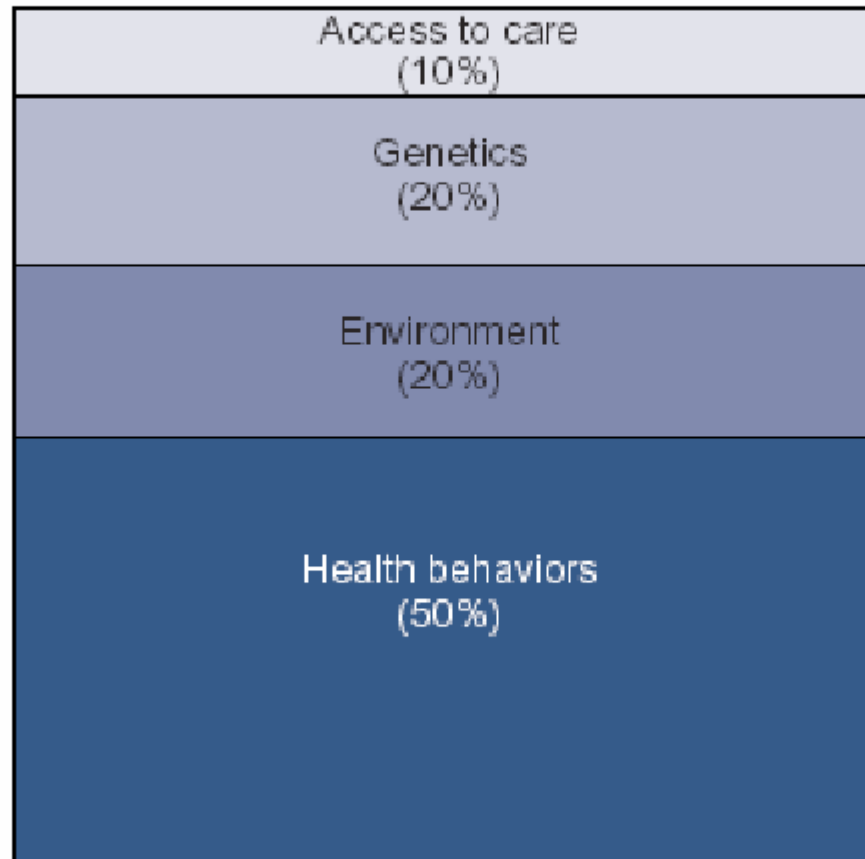
La salute non è un’entità fissa. Essa varia per ogni individuo in relazione alle circostanze. La salute è definita non dal medico, ma dalla persona, in relazione ai suoi bisogni funzionali. Il ruolo del medico è quello di aiutare le persone ad adattarsi alle nuove condizioni. Avendo rimpiazzato la perfezione con l’adattamento noi ci avviciniamo a un programma per la medicina più comprensivo, solidale e creativo, un programma al quale tutti noi possiamo contribuire.



Determinanti di salute **I modelli concettuali**

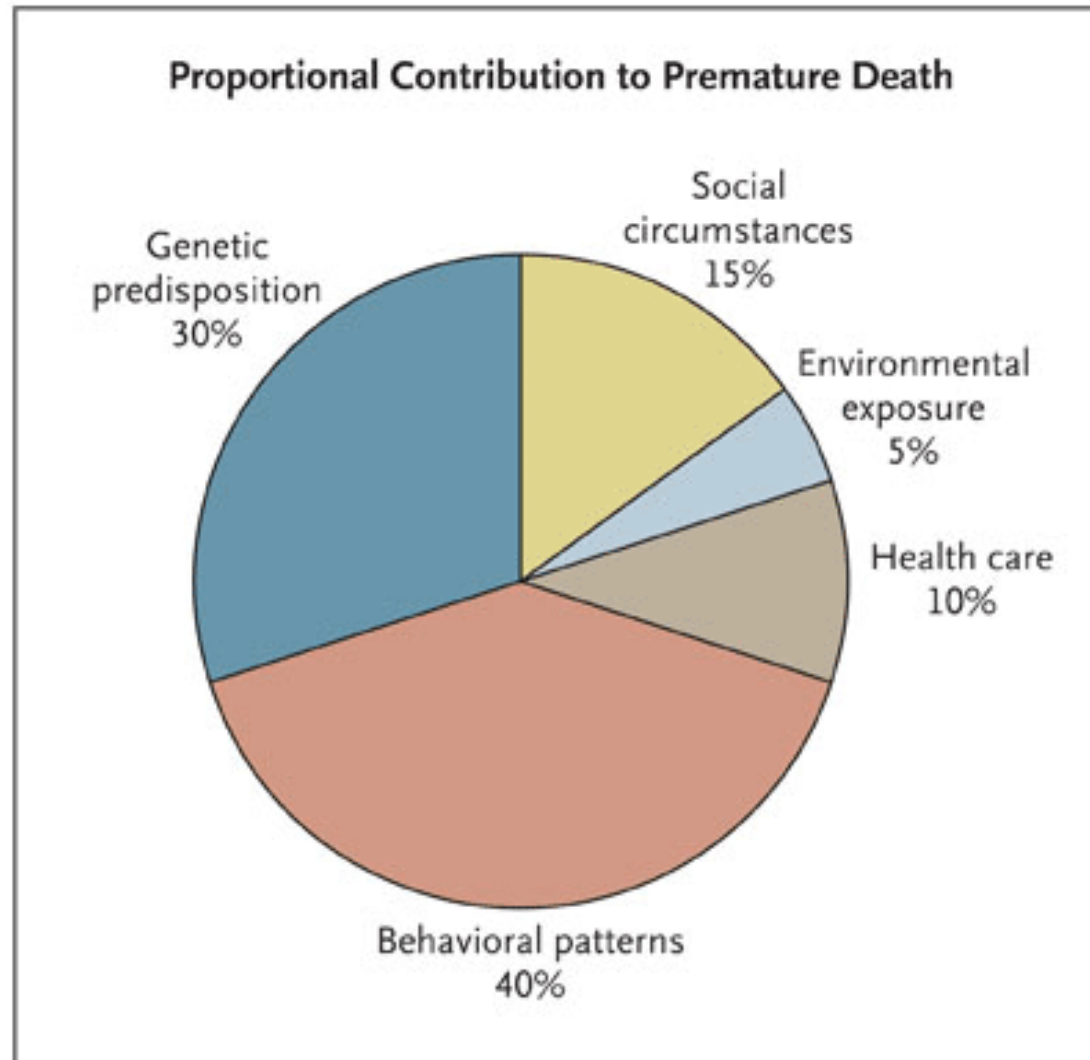


Determinants of health

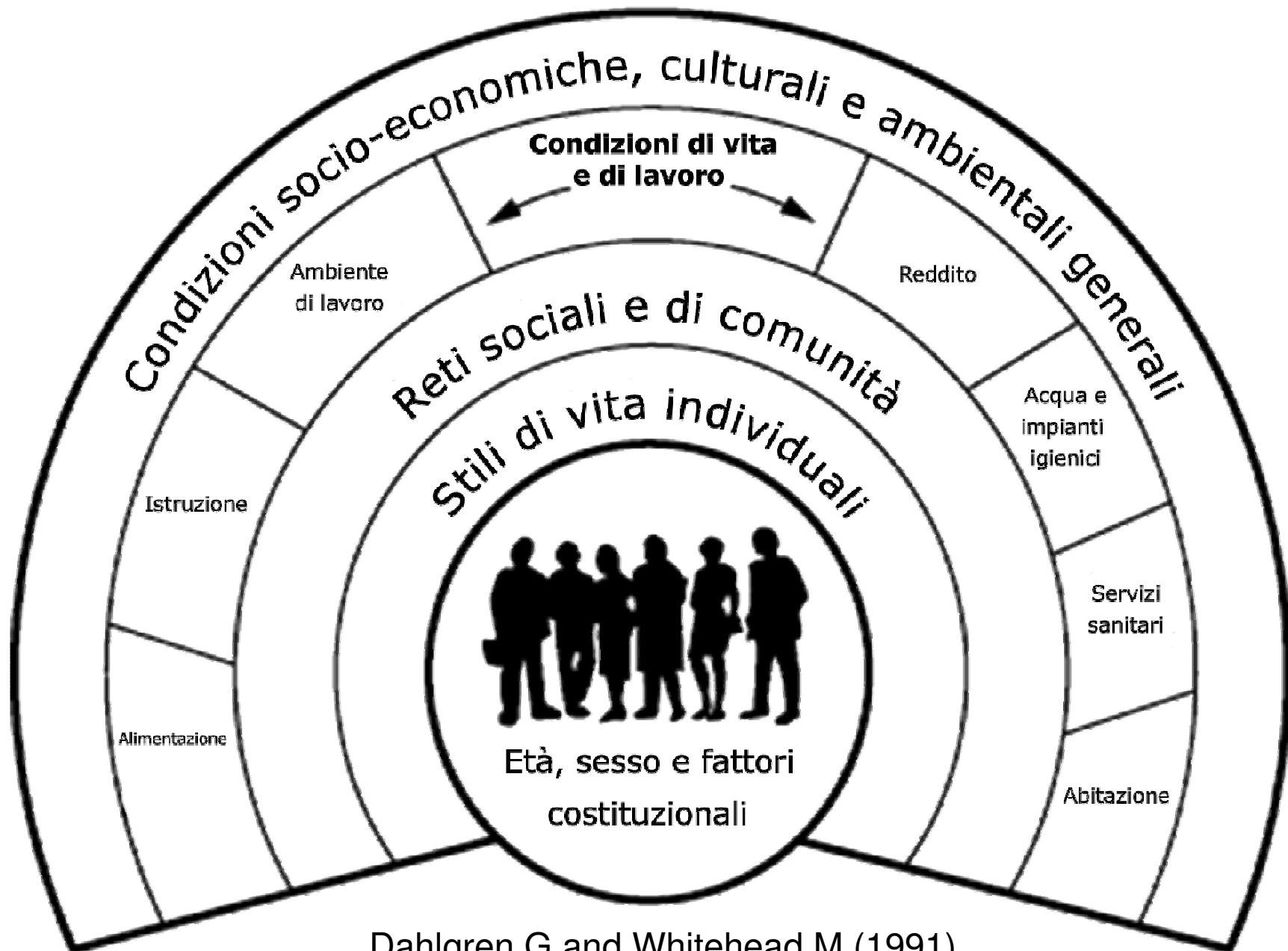


Source: IFTF; Centers for Disease Control and Prevention.

Figure 1. Determinants of Health and Their Contribution to Premature Death.
Adapted from McGinnis et al.10



I determinanti della salute



Dahlgren G and Whitehead M (1991)

IL NUOVO MODELLO CONCETTUALE DEI DETERMINANTI DELLA SALUTE

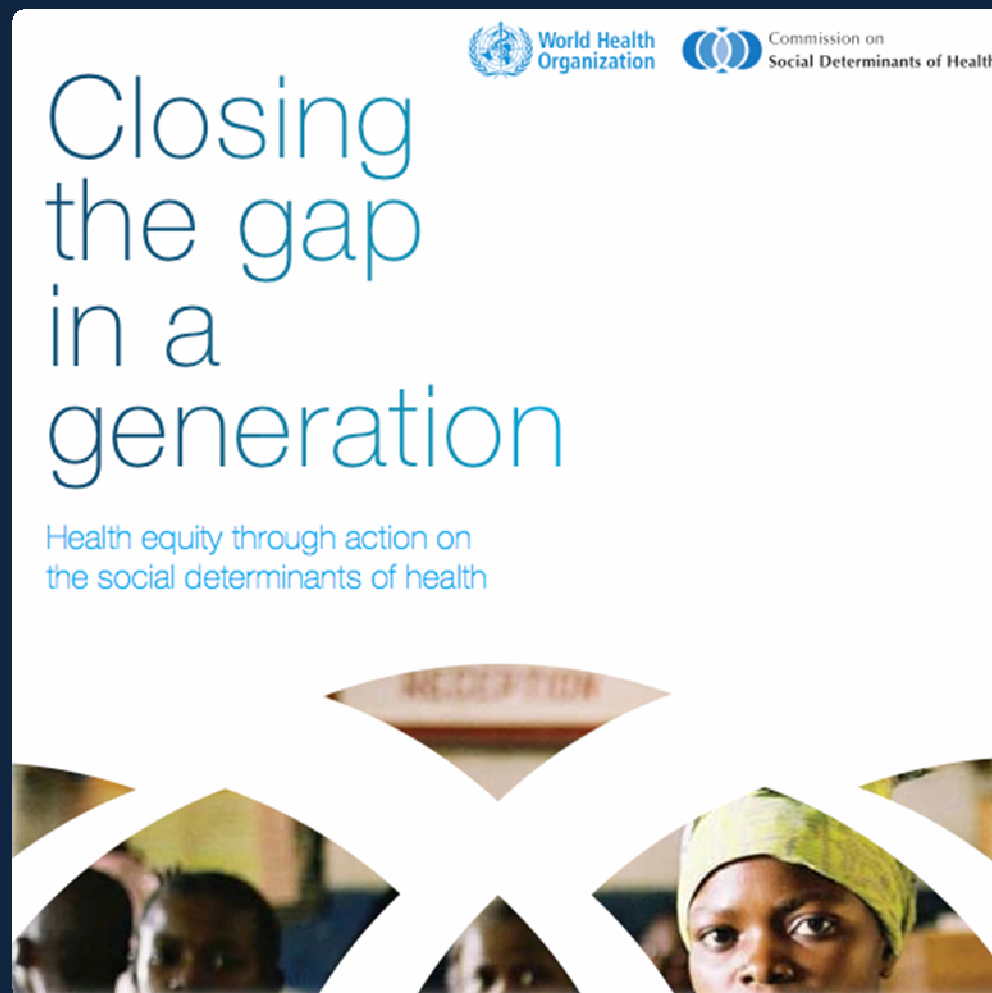
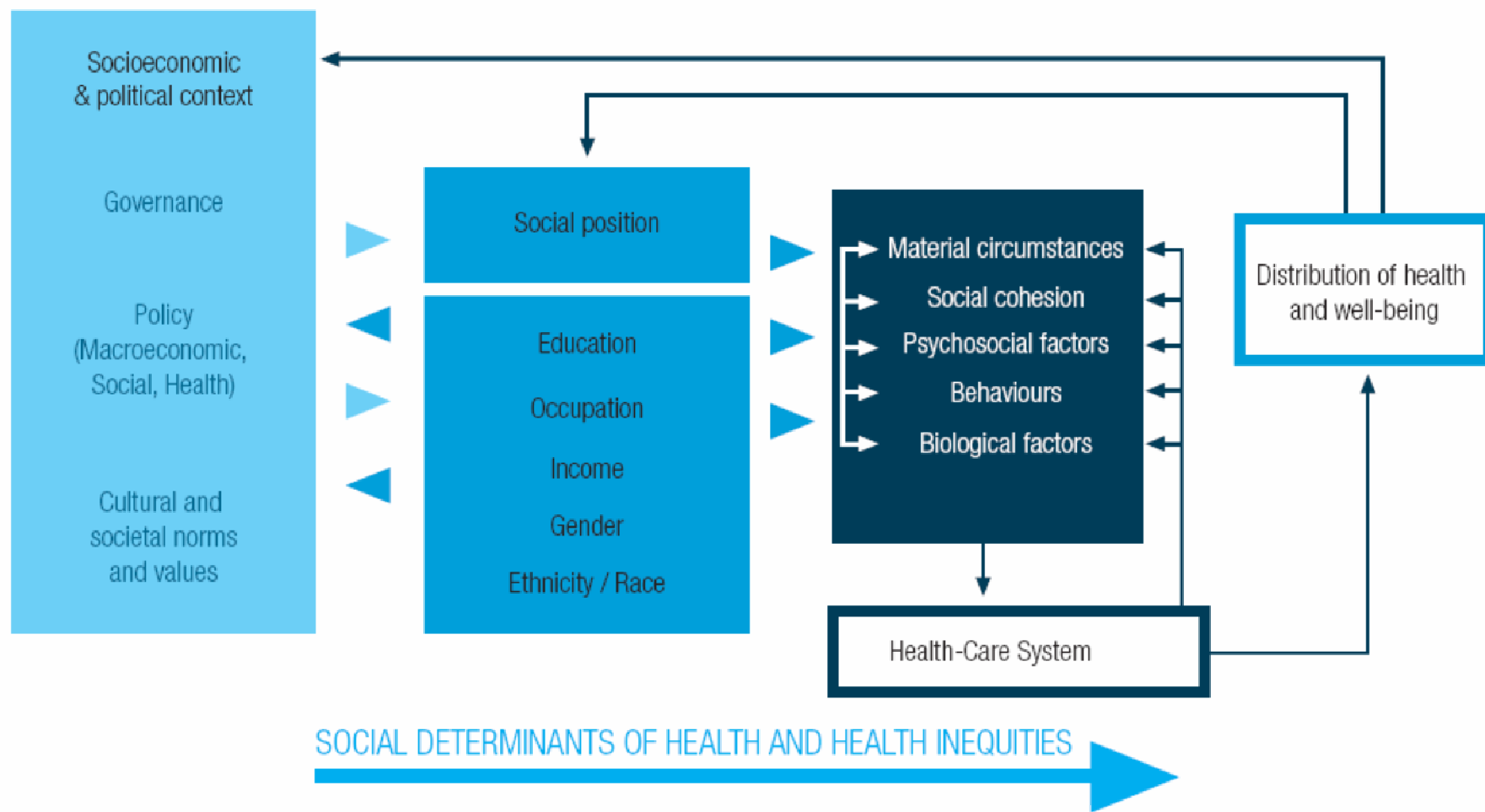
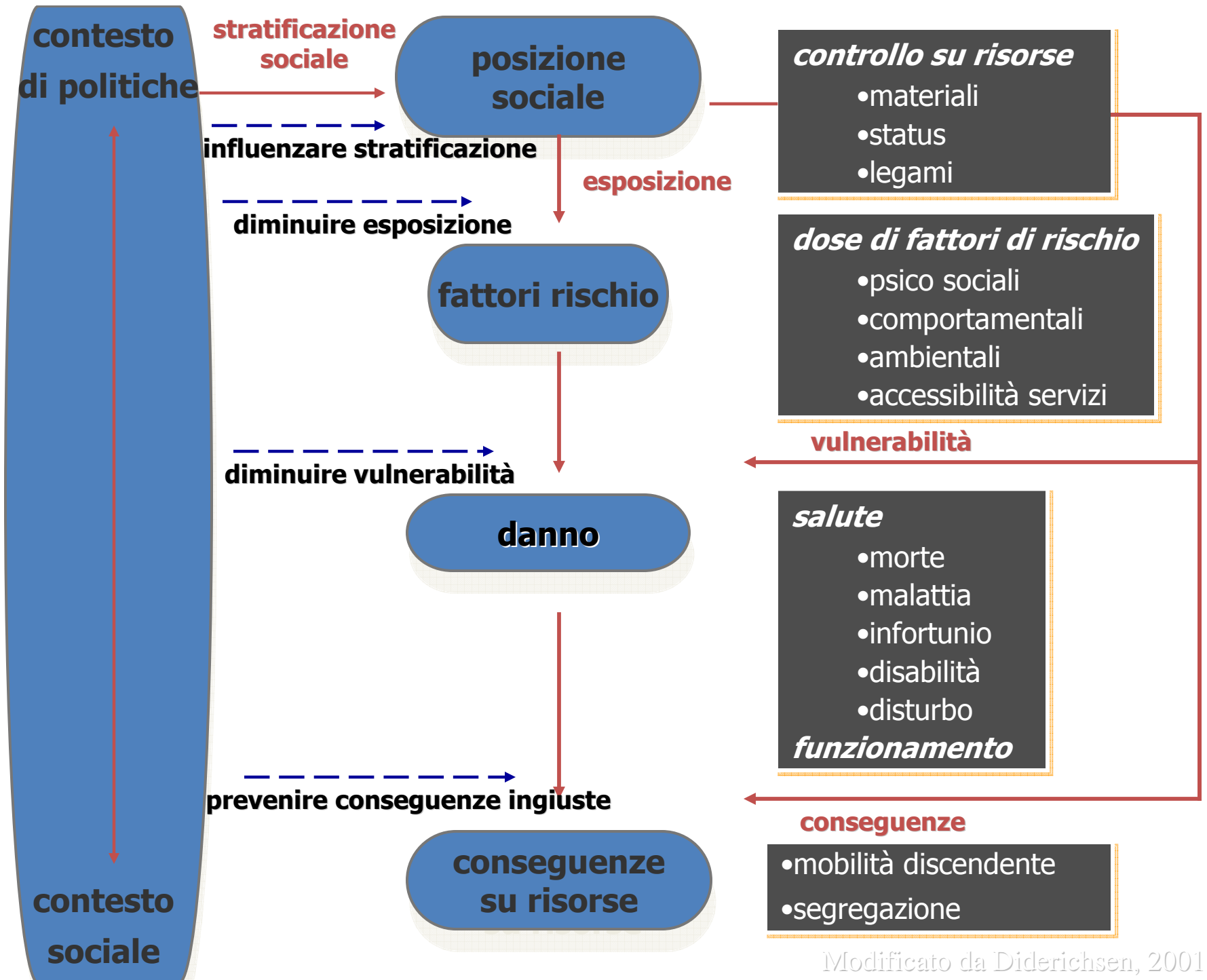


Figure 4.1 Commission on Social Determinants of Health conceptual framework.



Source: Amended from Solar & Irwin, 2007



Diseguaglianze e iniquità nella salute

Accettabili

- Variazioni biologiche, naturali.
- Comportamenti che danneggiano la salute, scelti liberamente, come la partecipazione a certi sport.
- Il temporaneo vantaggio di un gruppo su un altro, quando quel gruppo adotta per primo un comportamento “virtuoso” (purchè gli altri gruppi abbiano la possibilità di recuperare il terreno).

Non Accettabili

- Comportamenti che danneggiano la salute, quando il grado di scelta dello stile di vita è fortemente condizionato.
- Esposizione a condizioni di vita e di lavoro stressanti e dannose per la salute.
- Barriere nell'accesso ai servizi sanitari e ad altri servizi pubblici.
- Mobilità sociale dovuta alla salute: la tendenza delle persone malate a scendere nella scala sociale.

POVERTA' ASSOLUTA

POVERTA' RELATIVA

STATUS SYNDROME

PRIME FASI DELLA VITA

COESIONE SOCIALE

DISCRIMINAZIONE RAZZIALE

SISTEMI SANITARI

SALUTE GLOBALE E EQUITA' NELLA SALUTE

CORSO ONLINE

Salute Globale e Equità in Salute - Windows Internet Explorer

http://www.mediciconlafrica.org/moduli/salute_globale/interfaccia_3.php

Salute Globale e Equità in Salute

UTENTI ISCRITTI | LOG OUT

Salute Globale e Equità in Salute



<p>Modulo 1 (00:52:15) Determinanti e disuguaglianze in salute</p> <p>U1: I determinanti della salute U2: Disuguaglianze e iniquità nella salute</p> <p><i>Approfondimenti e aggiornamenti</i></p> <p>Modulo 2 (02:03:36) Sviluppo dei sistemi sanitari. Politiche della salute da Alma Ata alla Banca Mondiale</p> <p>U1: La nascita del moderno Sistema Sanitario U2: La salute come diritto fondamentale dell'uomo U3: Dopo Alma Ata. L'egemonia del neoliberismo U4: Globalizzazione e salute</p> <p><i>Approfondimenti e aggiornamenti</i></p>	<p>Modulo 3 (02:18:44) L'epidemia delle riforme sanitarie</p> <p>U1: Paesi a basso reddito e Paesi emergenti U2: Paesi dell'ex modello Semashko U3: Il sistema sanitario statunitense U4: Sistemi universalistici U5: Conclusioni</p> <p><i>Approfondimenti e aggiornamenti</i></p> <p>Modulo 4 (00:31:27) Immigrazione e salute</p> <p>U1: Il fenomeno migratorio in Italia U2: La salute degli immigrati in Italia</p> <p><i>Approfondimenti e aggiornamenti</i></p>	<p>Modulo 5 (01:33:24) Malattie croniche e salute globale</p> <p>U1: Il profilo epidemiologico delle malattie croniche U2: La prevenzione delle malattie croniche: determinanti della salute e fattori di rischio U3: La prevenzione delle malattie croniche: strategie di contrasto U4: I nuovi modelli di cura</p> <p><i>Approfondimenti e aggiornamenti</i></p> <p>Modulo 6 (00:29:00) Cambiamenti climatici e salute globale</p> <p>U1: Cambiamenti climatici e ripercussioni sulla salute U2: Stabilizzare il clima ed eradicare la povertà: una sfida comune</p> <p><i>Approfondimenti e aggiornamenti</i></p> <p>Modulo 7 (01:01:50) La cooperazione sanitaria internazionale</p> <p>U1: Aiuto allo sviluppo e cooperazione sanitaria internazionale U2: Il finanziamento della cooperazione sanitaria internazionale U3: Le buone pratiche della cooperazione sanitaria</p> <p><i>Approfondimenti e aggiornamenti</i></p>
---	---	--

FONTI INFORMATIVE

Fine

Internet | Modalità protetta: attivata

100%

presentazioni Sistemi_Siena_Coop... Bartoloni_2011.ppt [...] Corso online su Salu... Salute Globale e Equ...

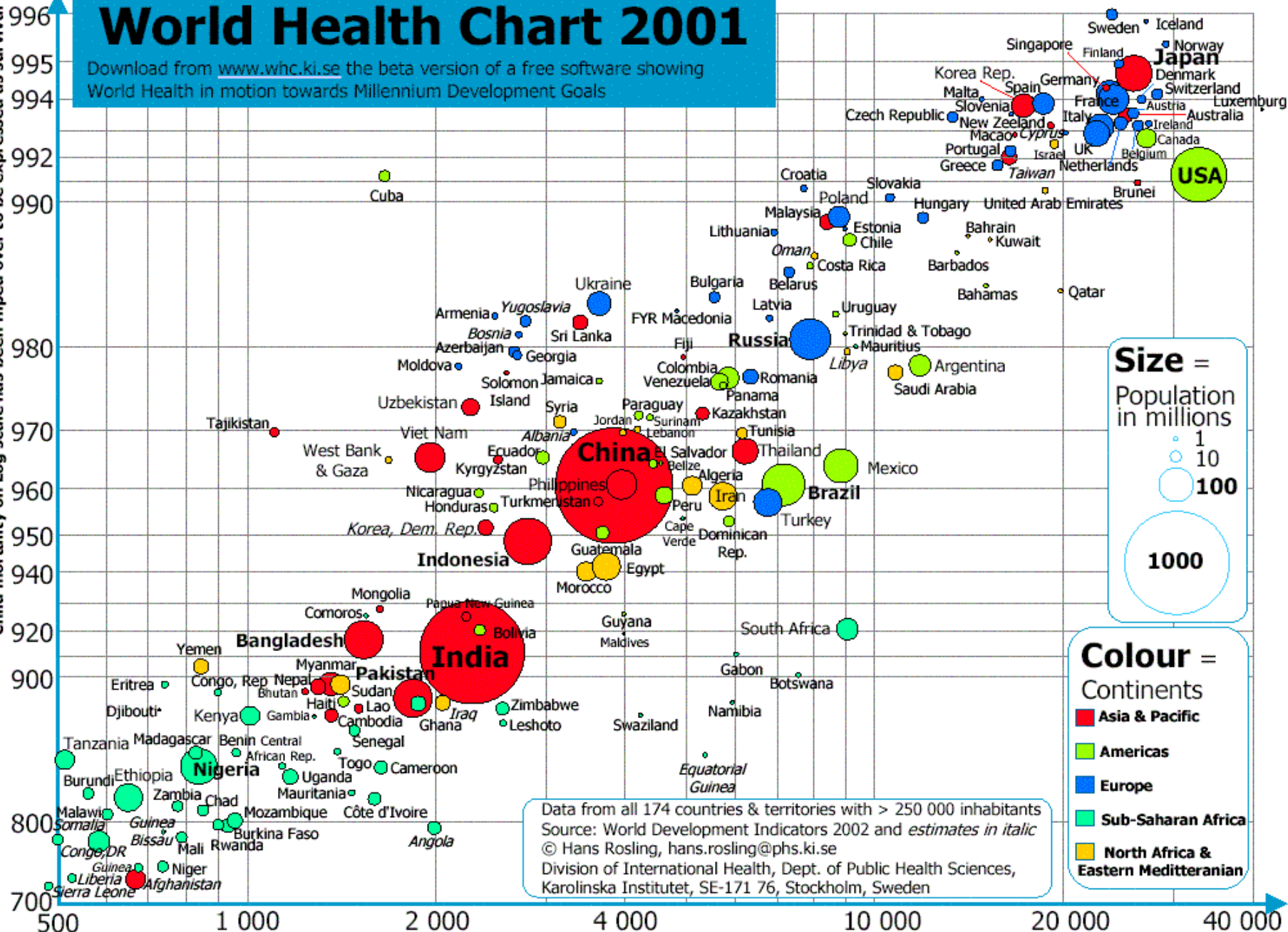
18.32

Diseguaglianze tra nazioni e all'interno delle nazioni

Children surviving up to 5 years of age per 1000 live births = Health

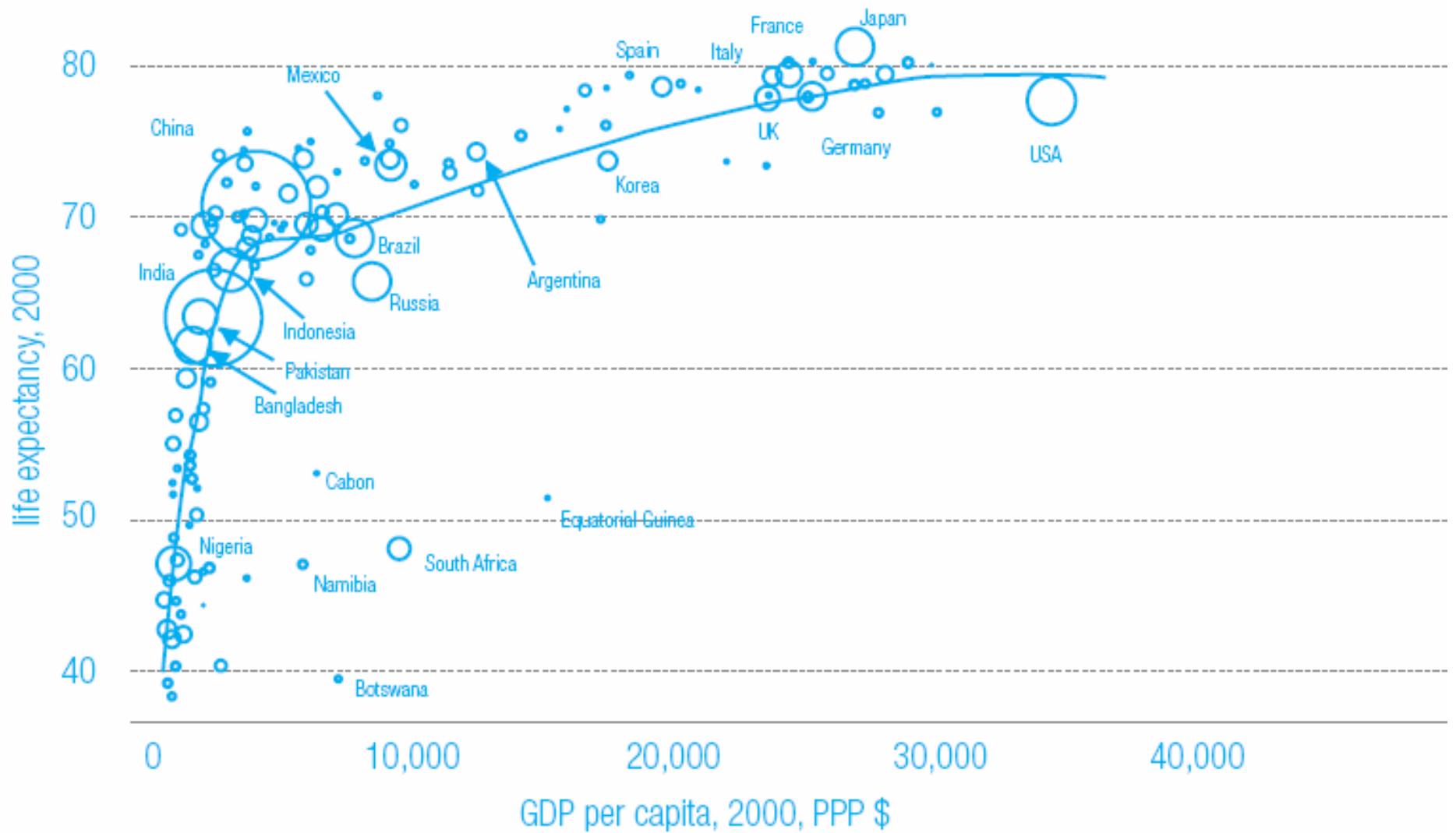
World Health Chart 2001

Download from www.whc.ki.se the beta version of a free software showing World Health in motion towards Millennium Development Goals



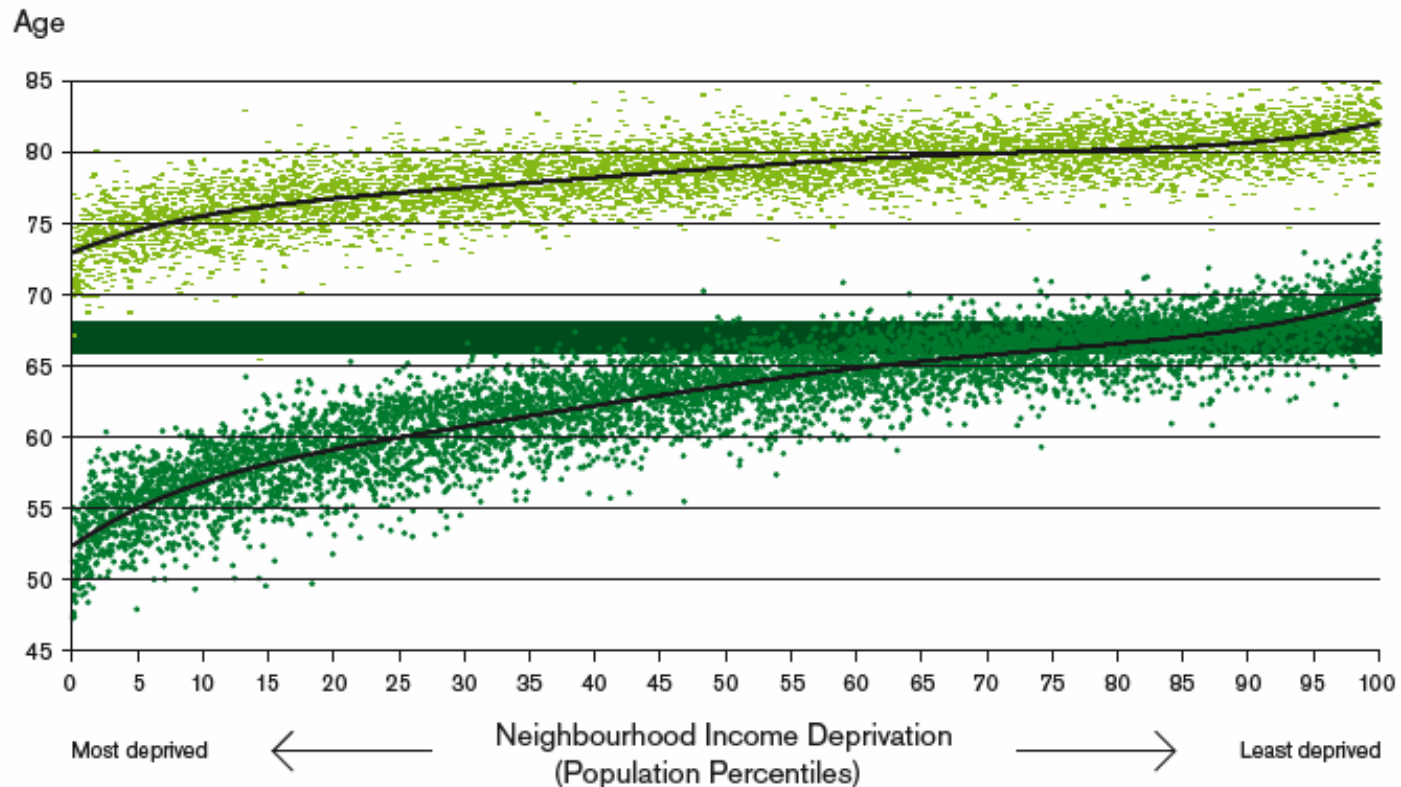
Gross Domestic Product per capita in US dollar purchasing power parity (log scale) = Money

Figure 3.1: The Preston Curve in 2000.



The Social Gradient

Figure 1 Life expectancy and disability-free life expectancy (DFLE) at birth, persons by neighbourhood income level, England, 1999–2003



- Life expectancy
- DFLE
- Pension age increase 2026–2046

Source: Office for National Statistics⁵

How doctors can close the gap

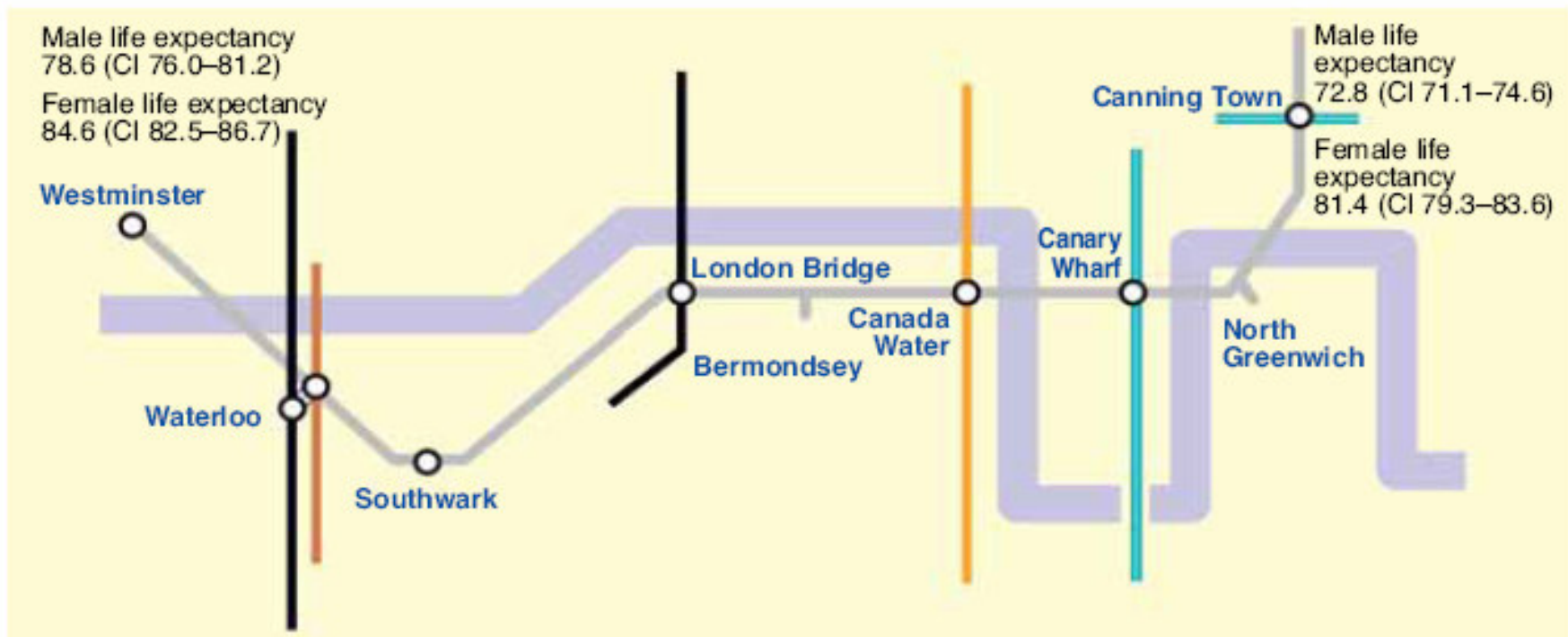
Tackling the social determinants of health through culture change, advocacy and education



Royal College
of Physicians

Setting higher medical standards

Fig 2. Jubilee Line of health inequality. Travelling east from Westminster, each tube stop represents up to one year of male life expectancy lost at birth (2002–6). Source: Analysis by London Health Observatory using Office for National Statistics data revised for 2002–6. Diagram produced by the Department of Health. (Reproduced under the terms of the Click-Use Licence.)



broader picture and the hard facts behind population health. It must be recognised that public health and health inequalities affect all disciplines and need to be taught across the curriculum, not just explicitly as stand-alone modules. This can be done by linking specific diseases to their causes and getting students to discuss the causes of these causes – for example when learning about respiratory disease, students need to understand how a person's family and social networks, and living and working conditions, can impact on such factors as smoking, and what measures can be taken to reduce the impact. This practice can be mirrored in the hospital setting, where public health specialists do ward rounds with the students and discuss individual cases from a sociocultural perspective. Medical students also need to develop a broad range of transferable skills to better tackle the social determinants of health and this can be done not with bland lecture courses but through experiential management and communications programmes.

Tratto da SaluteInternazionale.info

I medici di fronte alle diseguaglianze nella salute

2010-10-25 12:10:33 Redazione SI

Chiara Di Girolamo, Alice Fabbri, Chiara Bodini, Ilaria Camplone, Ardigò Martino



E' necessario un cambiamento culturale volto a riconsiderare il ruolo del medico, che da semplice "tecnico del corpo umano" deve diventare soggetto attivo nella promozione e protezione della salute.

- One of the amendments was sparked by concern that the new consortia of local doctors in each part of England would be able to deny patients certain treatments because of their lifestyles.
- In Hertfordshire, the Herts Valley Clinical Commissioning Group (CCG) has become the first in England to tell obese patients to lose weight or they would not receive gall bladder, hernia or tonsil surgery.
- The CCG has also told smokers that they have to see a counsellor about trying to quit before they can undergo certain operations.