

# La salute pubblica nell'Unione Europea. Aspettativa di vita e cause di morte oggi: sfide per la sanità pubblica negli Stati dell'UE

*Luca Romagnoli\**

Un recente documento della Direzione generale per le politiche interne dell'Unione Europea<sup>1</sup> (in particolare indirizzato alla “Commissione Ambiente, salute pubblica e sicurezza alimentare” del Parlamento Europeo come strumento di analisi ed approfondimento), prende in esame lo stato di salute pubblica in Europa. Il documento è un resoconto della situazione attuale, ma è realizzato con l'obiettivo di applicare politiche migliorative della stessa, attraverso modifiche legislative e direttive che la Commissione UE emanerà, per essere poi applicate dagli Stati.

Il documento muove dall'osservazione e presupposto che lo stato di salute della popolazione europea è positivamente progredito negli ultimi anni, con un aumento dell'aspettativa di vita e anche migliorate condizioni di accesso alle cure, progredite di pari passo con la qualità delle prestazioni sanitarie.

Prime osservazioni da fare sono quelle relative alla speranza di vita della popolazione europea. Per quanto attiene all'aspettativa di vita alla nascita, nel 2012 la media europea è di 80,3 anni (per gli uomini 77,5 anni e per le donne 83,1)<sup>2</sup>; tale media è calcolata da Eurostat sui dati delle singole Regioni che compongono i 35 Stati considerati “europei” (tanto dall'Eurostat che dalla Commissione UE). Questi Stati “europei” comprendono, ad esempio, oltre che l'Islanda e la Svizzera (che non hanno in corso alcun processo di “avvicinamento” per entrare nell'UE), la Macedonia, la Serbia e il Montenegro e anche la Turchia. Quest'ultima, seppure ha in corso da anni il processo di “avvicinamento” per l'adesione all'Unione, non ne fa ancora parte, e anzi il processo d'inclusione sembra oggi sempre più in “forse”.

Mercé le amenità che caratterizzano spesso i rapporti e le intenzioni che

---

\* Roma, Sapienza Università di, Italia.

<sup>1</sup> Dir. Gen. for Internal Policies, 2014, p. 36. Disponibile on-line: <http://www.europarl.europa.eu/studies>.

<sup>2</sup> Con l'avvertenza che i dati considerati nel rapporto Eurostat non sono tutti relativi allo stesso anno di censimento. In particolare: i dati di alcune Regioni tedesche, romene e turche sono del 2011, quello della Gran Bretagna e della Guadalupa sono del 2010 (sono ovviamente comprese nell'UE le Regioni d'oltremare francesi, Guadalupa, Guyana, Martinica e Reunion); mancano inoltre i dati per le Regioni dello Cheshire e del Merseyside appartenenti al Regno Unito (cfr. nota seguente).

promanano dall'euroburocrazia dell'UE, anche i dati relativi alla Turchia sono presi in considerazione, così come avviene per quelli di altri Stati che con le politiche dell'UE hanno relazione e rapporti diversi. Da tutto ciò consegue che le medie prese in considerazione, e in generale molta parte delle rappresentazioni grafiche e cartografiche di Eurostat, sono influenzate non poco da dati relativi a situazioni regionali diversamente caratterizzate da quelle delle Regioni degli Stati di vecchia adesione all'UE.

Tornando al valore medio della speranza di vita, si nota che si registra la più elevata aspettativa di vita in alcune Regioni, in particolare di 5 Stati: Italia, Francia, Spagna, Svizzera e Islanda (cfr. tab. I)<sup>3</sup>.

Tab. I – Le Regioni europee con speranza di vita alla nascita più elevata.

REGIONE	<i>Speranza di vita alla nascita in anni</i>	Codice Regionale per Stato di appartenenza (NUTS classification of territorial units for statistics)
LA RIOJA	83,0	ES23
ARAGÓN	83,0	ES24
CASTILLA-LA MANCHA	83,0	ES42
MIDI-PYRÉNÉES	83,0	FR62
MARTINIQUE	83,0	FR92
VENETO	83,0	ITH3
ICELAND	83,0	IS00
ZÜRICH	83,0	CH04
PAÍS VASCO	83,1	ES21
CORSE	83,1	FR83
ZENTRALSCHWEIZ	83,1	CH06
RHÔNE-ALPES	83,2	FR71
RÉGION LÉMANIQUE	83,2	CH01
PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO/BOZEN	83,3	ITH1
MARCHE	83,4	ITI3
CASTILLA Y LEÓN	83,5	ES41
COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA	83,8	ES22
ÎLE DE FRANCE	83,8	FR10
TICINO	83,8	CH07
PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO	83,9	ITH2
COMUNIDAD DE MADRID	84,2	ES30

Fonte: dati Eurostat, 2014.

<sup>3</sup> Per i dati relativi alla popolazione la fonte è: Map 7, del file 1\_RYB2014-EN. XLS. xls, in *Eurostat Regional Yearbook* 2014, in <http://ec.europa.eu/eurostat/publications/regional-yearbook>.

A ben vedere, la speranza di vita nella “regione” europea mostra delle discrete differenze tra Stati dell'Occidente e quelli dell'Oriente europeo, mentre minori e più varie sono le differenze in “senso latitudinale” (Fig. 1), eccettuando il dato relativo alla Turchia, i cui valori sono in linea con quelli degli Stati dell'Europa orientale. Anche osservando i dati a livello regionale nell'ambito dei singoli Stati, si evidenzia come, ad esempio in Germania, si registrano differenze tra l'ex DDR e la ex RFT. In generale, quindi, è corretto affermare che gli indicatori della salute (e credo più in generale della qualità della vita) mostrano ancora un'Europa a due velocità, nonostante sia trascorso un quarto di secolo dalla caduta del “muro di Berlino” e poco di più dalla dissoluzione del “socialismo reale” nell'Europa orientale.

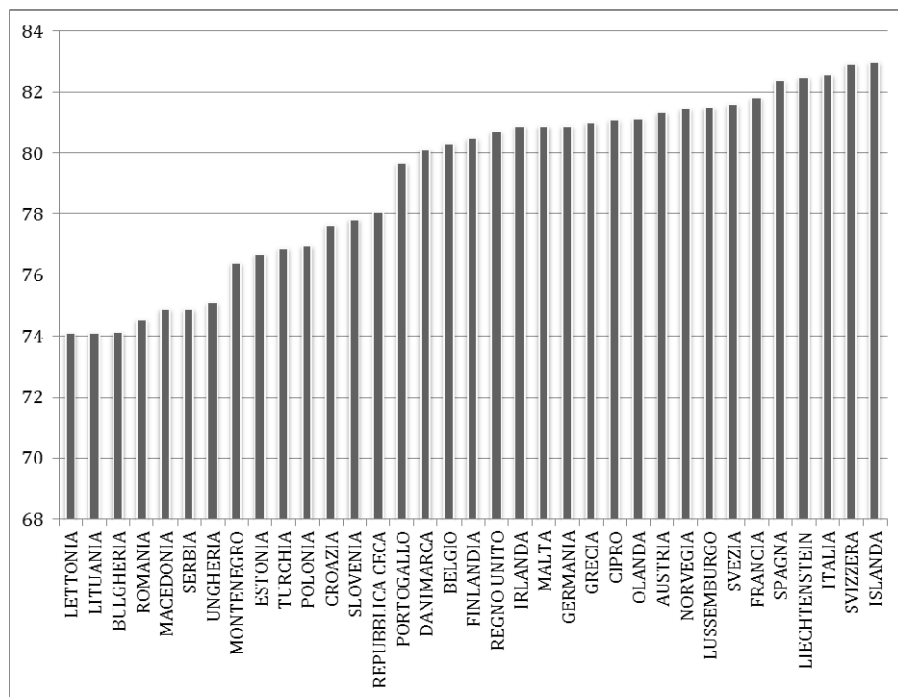


Fig. 1 – Spesanza di vita alla nascita negli Stati “europei”.

Fonte: elaborazione su dati Eurostat, 2014.

Se in proposito guardiamo all'Italia, notiamo che tutte le Regioni hanno una spesanza di vita alla nascita superiore alla media europea, con le Marche e la Provincia autonoma di Trento che fanno registrare i valori tra i più elevati della serie europea presa in considerazione (Fig. 2). Certamente è noto che l'aspettativa di vita alla nascita nella “regione” europea è ben maggiore di quella di grandissima parte delle altre “regioni” del mondo, ma la longevità non va di pari passo con la riproduzione della popolazione<sup>4</sup>. Questo ha

<sup>4</sup> Palagiano C., De Santis G. e Castagnoli D. (a cura di), *Metodi di raccolta dati e percezione della salute, Atti del sesto seminario internazionale di Geografia medica*, Perugia, Rux, 1998.

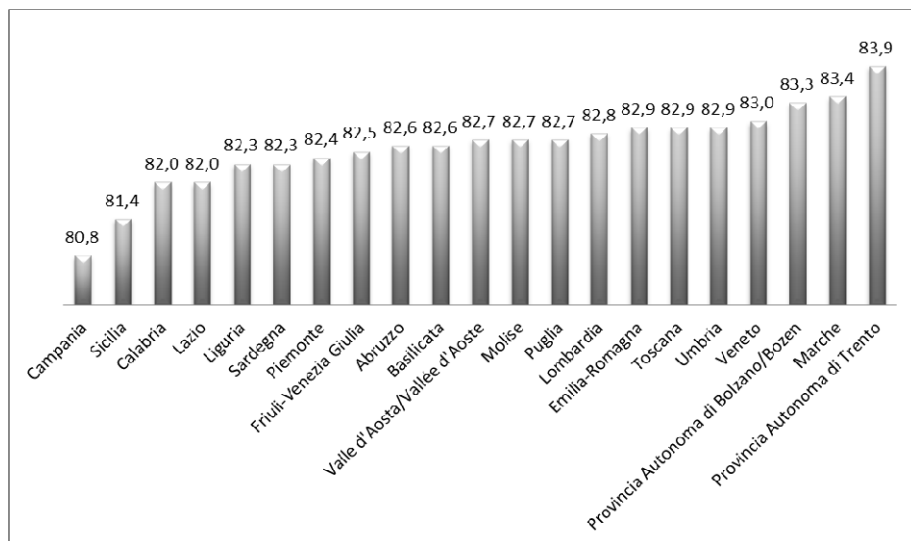


Fig. 2 – Speranza di vita in anni alla nascita nelle Regioni italiane e nelle Province autonome.

Fonte: elaborazione su dati Eurostat, 2014.

## DIARIO

determinato, seppure con differenze “regionali” e temporali, dalla seconda metà degli anni sessanta in poi e determina ancora oggi, necessarie e continue misure di riadattamento delle strutture sanitarie pubbliche (e non solo).

L’età della popolazione, difatti richiama forzosamente anche l’attenzione sulla fertilità, un fatto culturale e non un problema d’ordine naturale dei popoli europei. La fertilità è, come noto, in decrescita costante negli ultimi 50 anni; ecco che si è così prodotta la nota piramide delle età rovesciata, tipica della gran parte delle Regioni europee, visto che il differenziale tra popolazione d’età superiore ai 15 anni e quella più giovane, ad oggi, mostra drammaticamente che oltre i  $\frac{3}{4}$  degli Europei è costituito da popolazione d’età maggiore, e che circa  $\frac{1}{4}$  della popolazione europea totale ha più di 65 anni d’età<sup>5</sup>.

L’aumento dell’età della popolazione è notoriamente quasi sincronico con l’aumento delle malattie cronico-degenerative e questo ha effetti sul sistema che le politiche sanitarie non possono ignorare<sup>6</sup>.

C’è anche da osservare che il fatto che il numero delle morti rispetto a quello delle nascite è, per così dire, “compensato” dai milioni di immigrati extra-europei appartenenti a fasce d’età più giovani che, divenuti residenti, concorrono a mantenere costante, la popolazione degli Stati ospitanti. Anzi, in qualche caso, determina, la crescita della popolazione totale in diversi Stati dell’UE (quelli di “vecchia adesione”) e compensa, in piccola parte, le aree della “piramide delle età” relative alla popolazione d’età infe-

<sup>5</sup> EUROSTAT STATISTICAL BOOKS, 2014, pp. 34-36.

<sup>6</sup> OECD, 2011, si veda: <http://www.oecd.org/els/health-systems/helpwantedprovidingandpayingforlong-termcare.htm>.

riore ai 40 anni. L'UE sembra considerare solo l'effetto positivo in termini demografici (e mi fermo qui per non entrare nel merito), di tale trasformazione della struttura dei popoli europei; non considera gli effetti indotti, nella fattispecie e tra l'altro, sulle necessità sanitarie che questo "fatto demografico" comunque implica e implicherà.

Comunque, che lo stato generale della salute (e quindi l'allungamento dell'esistenza in vita, accompagnato da migliori condizioni qualitative della stessa) sia migliorato in Europa, deriva anche dall'osservazione di come, sempre negli ultimi 50 anni, si è via via trasformato il quadro generale delle patologie, a latere dell'osservazione banale che sono migliorate le condizioni igieniche, l'alimentazione, le condizioni del lavoro (oggi, verrebbe da specificare, per quella parte non grande di popolazione attiva che è occupata stabilmente), le condizioni economiche e quindi la qualità della vita degli Europei.

Tutto ciò ha prodotto importanti cambiamenti nella salute delle comunità nazionali europee.

Risultati emblematici ne sono la transizione da "condizioni acute di malattia a condizioni croniche" nelle malattie cardiovascolari e non solo.

Non solo miglioramento e cambiamenti tipologici importanti nelle patologie e nello stato di salute degli Europei si registrano negli ultimi decenni; l'arrivo massiccio d'immigrati dall'Africa e dall'Asia, non va sottaciuto, ha fatto registrare anche il riaffacciarsi di malattie dovute ad infezioni e la discreta recrudescenza delle malattie virali. Ne derivano ovvie necessità di adeguare i sistemi sanitari alle mutate condizioni sociodemografiche in molti Stati dell'Unione.

A latere di queste trasformazioni in essere, anche la crisi economica ha ulteriormente destabilizzato il modello di Stato sociale (*welfare*), tipico di tanti Stati dell'Europa. Questo modello necessita, potremmo dire ormai per ammissione generale, di interventi migliorativi nel rapporto costi-benefici per i cittadini. Del resto, come più volte richiamato da Palagiano a proposito delle politiche sanitarie, apprezzare quanto efficacemente è distribuito il bene salute dai sistemi e dalle politiche sanitarie in base alla speranza di vita è impreciso, poiché solo "approssimativamente possiamo apprezzare questo dato, considerando di quanto è aumentata la speranza di vita...ma tale aumento non può essere accreditato all'efficienza del servizio sanitario, e comunque non soltanto ad esso"<sup>7</sup>. Certo è che i sistemi sanitari e la salute pubblica sono, e dovrebbero vieppiù essere, considerati un investimento per il futuro, piuttosto che un drenaggio d'altre risorse o, peggio, una spesa che aggrava le finanze pubbliche, come anche recenti documenti dell'OECD (che non dimentichiamolo, nacque in conseguenza con il Piano Marshall) e del WHO hanno dichiarato<sup>8</sup>.

<sup>7</sup> Palagiano C., in Palagiano C., Pesaresi C., *La salute nel mondo. Geografia medica e qualità della vita*, Roma, Carocci, 2011, p. 114.

<sup>8</sup> OECD, 2014: si veda: [www.oecd.org/.../health-spending-starts-to-rise-but-remains-weak-in-europe.htm](http://www.oecd.org/.../health-spending-starts-to-rise-but-remains-weak-in-europe.htm). A proposito dell'Organizzazione mondiale della salute, nel documento realizzato a premessa e fondamento per la conferenza sui sistemi sanitari (Tallin, Estonia, 25-27 giugno 2008), si enuncia chiaramente questo principio: Figueras J., Mc Kee M., Lessof S., Duran A. e Menabde

Il documento messo a punto per la Commissione prende in considerazione anche la riduzione della spesa *pro capite* sanitaria pubblica tra 2008 e 2011 in alcuni Stati europei<sup>9</sup>. Di questa spesa “contratta”, ovviamente imputata alla crisi economica, il documento evidenzia la ricorrenza pluriennale in particolare in alcuni Stati, proprio a sottolinearne la maggior difficoltà rispetto agli altri: nel periodo considerato sono Andorra, Armenia, Croazia, Repubblica Ceca, Estonia Grecia, Irlanda, Lettonia, Lituania e Spagna gli Stati che hanno registrato reiterate riduzioni della spesa sanitaria *pro capite*. Anche l'Italia è tra gli Stati che hanno registrato negli ultimi anni la contrazione della spesa pubblica per la sanità.

La contrazione della spesa sanitaria indotta dalla *crisi* e che quest'ultima, inoltre, influenzi la salute, si evince, secondo gli studi dell'UE, ad esempio, anche dall'aumentato numero dei suicidi<sup>10</sup> e dai numeri relativi alle malattie da disordine mentale (certo correlabile anche al disagio sociale, per quanto questo ultimo non sia rilevabile con precisione e facilità). Ritengo che ci sarebbe ulteriormente da indagare anche sugli effetti che la *crisi* induce sulla contrazione della spesa *pro capite* farmaceutica, alimentare, della prevenzione, per le attività ludiche e ginnico-motorie; ci sarebbe anche da valutare i “risparmi” che molte famiglie europee hanno fatto e fanno per quelle spese ritenute “accessorie o rimandabili”, quali ad esempio sono considerate quelle odontoiatriche, riabilitative o delle terapie coadiuvanti o alternative. Sono ovviamente risparmi effimeri, fatti a scapito della salute “futura” e che fanno immaginare conseguenze maggiormente negative sulla sanità pubblica.

Anche i dati pubblicati dall'OECD<sup>11</sup>, quelli relativi alle percentuali della spesa pubblica per la salute sui rispettivi totali del prodotto interno lordo dei “38 Stati OECD” (per l'anno 2012), evidenziano che rispetto alla media del 9,3% (linea base in Fig. 3) si riscontrano valori inferiori in alcuni Stati dell'UE: Estonia, Polonia, Lussemburgo, Repubblica Ceca, Ungheria, Slovacchia, Irlanda e Italia. Solo Belgio, Austria, Danimarca e Germania, Francia e Olanda hanno valori al di sopra della media menzionata. Se consideriamo il *trend* dal 1960 ad oggi della percentuale di spesa per la salute sul PIL di alcuni degli Stati di cui si è detto, si notano aumenti gradualmente, con incrementi più significativi a partire dalla seconda metà degli anni '70.

---

N., *Health Systems, Health, Wealth and Social Well-Being: Assessing the case for investing in Health Systems*, WHO, Copenhagen, 2008., p. vii. Si veda: [www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0009/83997/E93699.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/83997/E93699.pdf).

<sup>9</sup> Figure 3, p. 29, in Dir. Gen. For Internal Policies, October 2014. Peraltro derivato da: [http://www.ose.be/files/slides/Karanikolos\\_2013\\_Presentation270913.pdf](http://www.ose.be/files/slides/Karanikolos_2013_Presentation270913.pdf).

<sup>10</sup> Il *trend* dei suicidi, dal 1999 in poi, aveva raggiunto il minimo nel 2007 tanto negli stati già membri EU (prima del 2004) che in quelli di nuova adesione, ma proprio con l'affacciarsi della crisi ha ripreso a salire, tanto più tra la popolazione inoccupata di età inferiore ai 64 anni; in proposito si veda: Stuckler D., Basu S., Suhrcke M., Coutts A. e McKee M., *Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data*, in «The Lancet Volume 378», Issue 9786, 2011, pp. 124-125.

<sup>11</sup> OECD-Health-Statistics-2014-Frequently-Requested-Data. Si veda: [www.oecd.org](http://www.oecd.org).

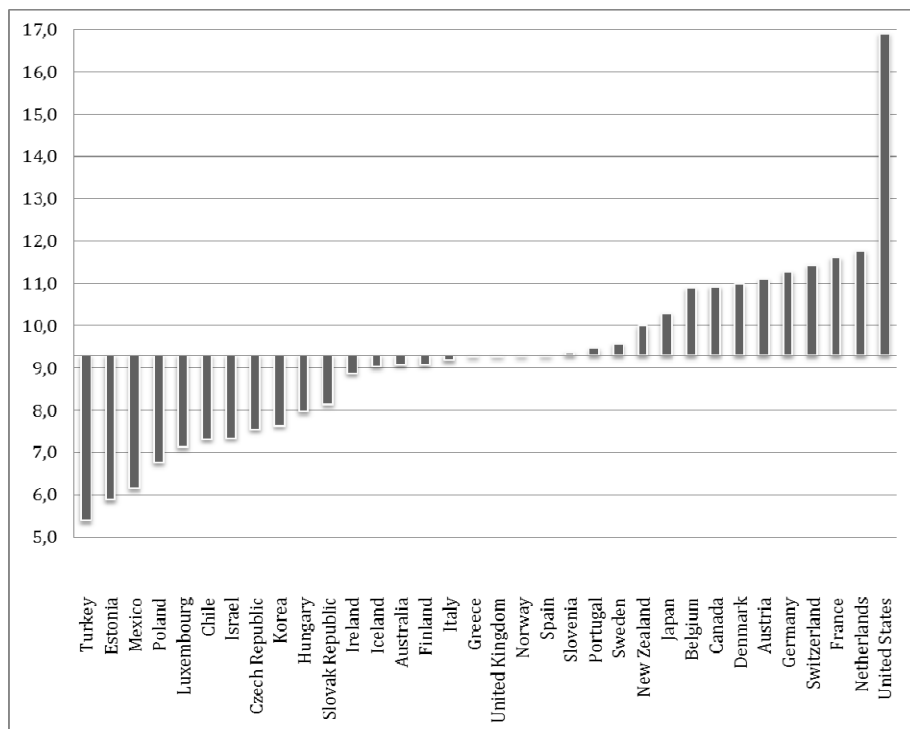


Fig. 3 – Spesa % per i sistemi sanitari rispetto al prodotto interno lordo in 28 Stati nel 2012.

Fonte: elaborazione su dati OECD, 2014.

Ad esempio prendiamo l'Italia, la Germania, la Francia (tra quelli di più lungo percorso europeista) la Spagna (tra quelli mediterranei che pure hanno fortemente risentito della crisi) la Polonia (tra quelli di recente adesione all'UE, ma tra i più dinamici dell'ex blocco orientale) e il Regno Unito (che è comunque fuori dal sistema euro) e rileviamo così che: fino al 1970, tutti registravano una spesa inferiore al 6%, poi essa aumenta gradualmente quasi ovunque, soprattutto in Francia e Germania (che arrivano a superare la media OECD con valori del 11,6% e 11,3%). In Italia negli anni '90, la spesa cresce da circa il 7% del 1992 arriva al 9,2% nel 2012; in Germania dal 9,2% del 1992 si giunge al 11,3% del 2012; in Francia dal 1990 al 2012 si è passati dall'8% al 11,6%; in Spagna dal 6,7% al 9,3%; in Polonia dal 4,8% del 1990 al 6,8% del 2012, ed infine nel Regno Unito si arriva nello stesso periodo dal 5,8% al 9,3%.

È con l'acuirsi della crisi che il *trend* all'aumento dell'impegno pubblico per la salute si arresta. Altro capitolo fondamentale per le politiche sanitarie dell'UE è quello relativo alle cause di morte, sulle quali ponderare le intenzioni di spesa pubblica, tanto in materia sanitaria, quanto in quella della prevenzione relativa alle condizioni ambientali e della qualità della vita<sup>12</sup>.

<sup>12</sup> Colombo F., Llana-Nozal A., Mercier J. e Tjadens F. (a cura di), *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, «Paper», OECD Health Policy Studies, OECD Publish., 2011;

Se osserviamo l'andamento dei tassi standardizzati per 100.000 abitanti, delle cause di morte nei "28 EU" nel 2010<sup>13</sup> si evidenzia che le malattie dell'apparato circolatorio ne costituiscono quasi il 40% (Fig. 4): la Bulgaria e la Romania fanno registrare dati più che doppi rispetto alla media dei 28, seguite da Lettonia, Lituania ed Estonia e in generale dagli Stati europei orientali, che registrano tutti tassi ben superiori di mortalità rispetto alla media. La tendenza a superare la media della mortalità dovuta alle malattie dell'apparato cardiocircolatorio, che si registra negli Stati dell'Europa orientale, almeno per quanto riguarda le cause di morte, che si conferma anche per le altre cause di morte censite, trascurando in proposito poche eccezioni a questo *trend* generale.

DIARIO

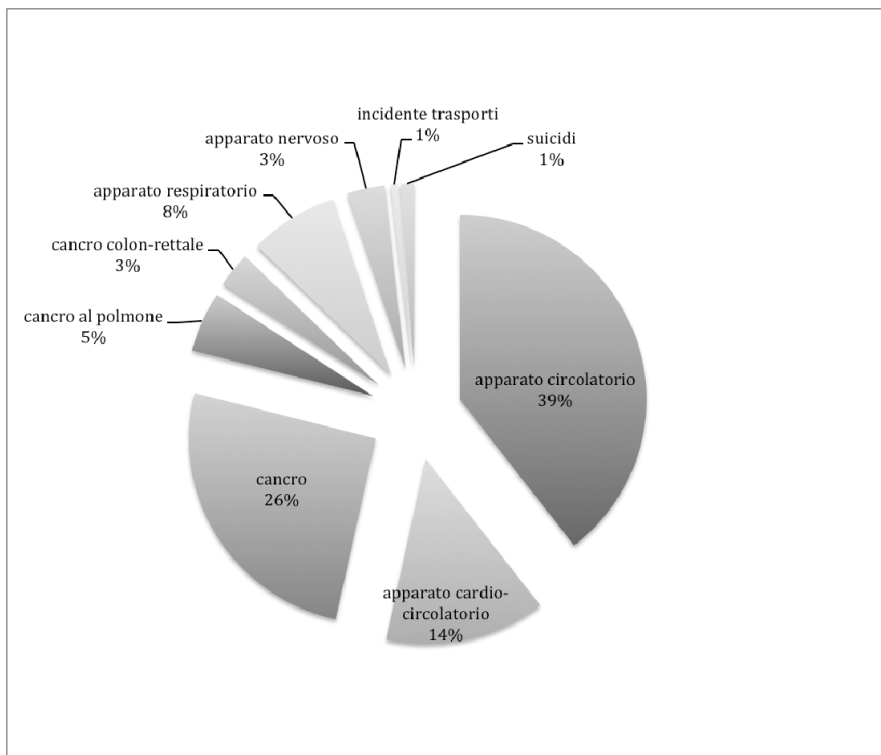


Fig. 4 – Cause di morte nei "28 EU".

Fonte: elaborazione su dati Eurostat, 2014.

Directorate-Gen. For Internal Policies, *Public Health in the EU: State-of-Play and Key Policy challenges. In depth Analysis*, IP/A/ENVI/2014-10, (KUIPERS CAVACO Y. e QUOIBACH V., a cura di), 2014; Eurostat Statistical Books, *Eurostat Regional Yearbook 2014*, Luxembourg, 2014, in <http://ec.europa.eu/eurostat/publications/regional-yearbook>.

<sup>13</sup> Si veda: Directorate-Gen. for Internal Policies, 2014, p. 31; [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics\\_explained/index.php/File:Causes\\_of\\_death\\_%E2%80%94\\_standardised\\_death\\_rate\\_2010\\_\(per\\_100\\_000\\_inhabitants\)\\_YB14\\_II.png#filelinks](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/File:Causes_of_death_%E2%80%94_standardised_death_rate_2010_(per_100_000_inhabitants)_YB14_II.png#filelinks).



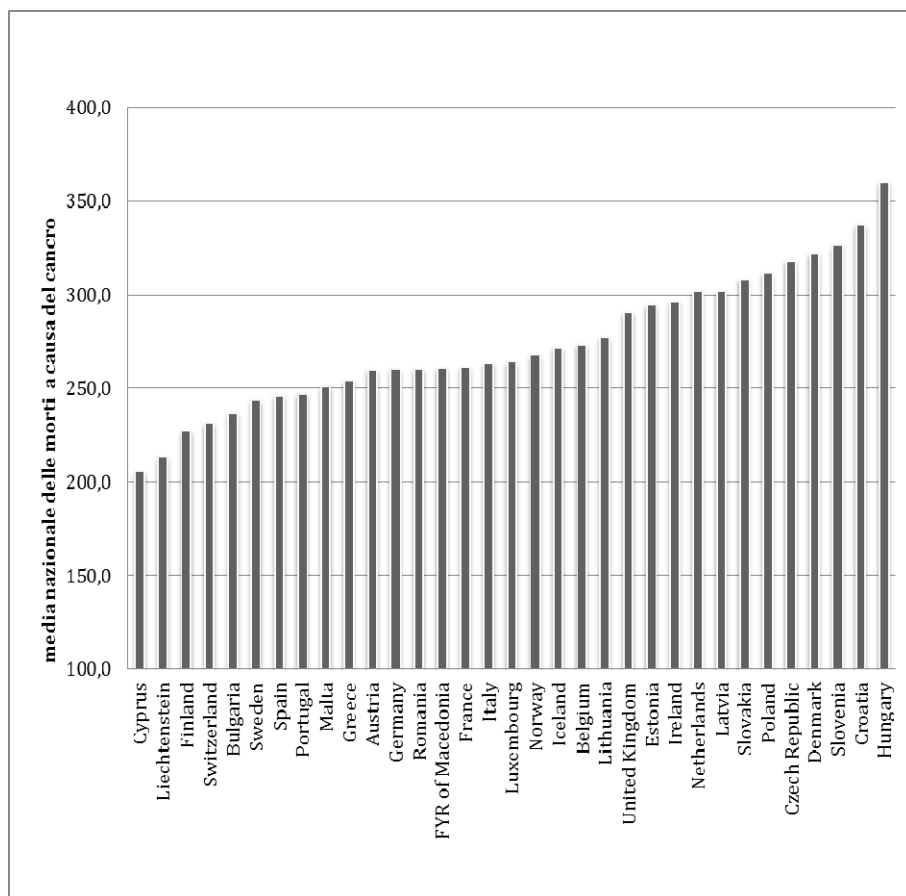


Fig. 5 – Disparità nel numero di morti (standardizzati per 100.000 abitanti) per neoplasia maligna nei “28 EU”, nel 2010.

Fonte: (elaborazione su dati: Eurostat, 2014).

Inoltre, per quanto può risultare indicativo, prendiamo in considerazione in Fig. 5 il dato medio nazionale delle morti per cancro (la cronico-degenerativa più importante come causa di morte, subito dopo le malattie del sistema cardio-circolatorio). Anche in questo caso, abbiamo per immediata esemplificazione ordinato i valori relativi a ciascuno Stato in modo crescente; tutti i valori relativi agli Stati dell'Europa orientale, a partire dalla Lituania registrano valori superiori alla media di 274 morti su 100.000 abitanti nel 2010, in proposito fanno eccezione solo i valori del Regno Unito, dell'Olanda e della Danimarca, tra gli Stati dell'Europa occidentale.

È ampiamente acclarato che correlando l'incidenza e la mortalità per alcune patologie, prime fra tutte quelle tumorali e più in generale le cronico-degenerative, con l'inquinamento dell'ambiente (utilizzando per i confronti diversi indicatori della qualità ambientale) si ottengono risultati di correlazione positiva; sottoponendo le serie dei dati correlati all'analisi con la re-

gressione si conferma la forza di questa correlazione e se ne prevede il *trend* in ascesa proprio all'aumentare della compromissione dell'ambiente. Lo stato di salute nell'Europa orientale è spiegato con facilità da una condizione ecologica più compromessa, anche per un ritardo in materia di controllo dell'impatto delle attività umane sull'ambiente, e da una qualità della vita e da "stili di vita"<sup>14</sup> in generale inferiori (è stato così per quasi tutto il XX secolo) rispetto a quelli dell'Europa occidentale e mediterranea.

A fronte della situazione della salute pubblica nell'UE, in generale ed estrema sintesi sopra delineata, nel 2013 la Commissione ha adottato il SIP, "*Social Investment Package for Growth and Cohesion*"<sup>15</sup>, piano d'azione che mira alla riforma e al rafforzamento delle politiche europee di protezione sociale e sanitaria, anche nella prospettiva di ridurre le differenze tra i diversi Stati (le cosiddette politiche di Coesione)<sup>16</sup>.

La Commissione ha programmato strumenti di finanziamento per il periodo 2014-2020, come prevedono in particolare: il "Piano Horizon 2020": *Health Research and Innovation and the EU Multiannual Health Programmes*<sup>17</sup> per 449,4 milioni di euro cui si aggiungono ulteriori (programmati) 79,3 miliardi; il *Seventh Framework Programme (FP7) 2007-2013*, che intende supportare con 50,5 miliardi di euro le ricerche sul cervello e le correlate malattie, le ricerche sullo sviluppo umano e sull'invecchiamento (le malattie neurovegetative in particolare l'Alzheimer, le maggiori malattie cronico-degenerative compreso il cancro, le malattie cardiovascolari, il diabete e l'obesità, le malattie rare e altre gravi malattie croniche).

Esprimere scetticismo sul concretarsi di tali impegni di spesa, anche alla luce di quelli che l'UE dovrà prendere in altri settori, è conseguente all'osservazione della prassi politico-economica del Consiglio e della Commissione.

<sup>14</sup> Palagiano C., Pesaresi C., *La salute nel mondo. Geografia medica e qualità della vita*, Roma, Carocci, 2011, p. 295.

<sup>15</sup> Comunicazione dalla Commissione al Parlamento Europeo, al Consiglio, alla Commissione parlamentare per l'economia e gli affari sociali, al Comitato delle Regioni: *Towards Social investment for Growth and Cohesion - Including implementing the European Social fund 2014-2020*, COM (2013) 83 final. Si veda: <http://ec.europa.eu/social/blobServlet?docId=9761&langId=en>; Mozzoni I., "La territorializzazione delle politiche europee: alcune riflessioni sulla nuova politica di coesione", in Paratore E. e Belluso R. (a cura di), *Valori naturali, dimensioni culturali, percorsi di ricerca geografica, Studi in onore di Cosimo Palagiano*, Roma, Edigeo, 2013., pp. 403-410.

<sup>16</sup> Non va ommesso di considerare che le politiche della Commissione EU si attuano in un quadro disomogeneo di sistemi sanitari nazionali., secondo i principi ispiratori tanto di Beveridge che di Bismark. Questi principi caratterizzano le politiche degli Stati dell'Europa occidentale (cfr. Palagiano C., in Palagiano C., Pesaresi C., *La salute nel mondo. Geografia medica e qualità della vita*, Roma, Carocci, 2011, p. 116 e seguenti), invece molti degli Stati di più recente adesione hanno ereditato sistemi e strutture "d'ispirazione socialista", sui quali si sono innestati, in molti casi, inedite politiche liberali e operatività dei privati, che hanno modificato e continuano a modificare l'organizzazione e la gestione dei servizi sanitari (Castagnoli D., "L'allargamento dell'Unione Europea ai Paesi dell'est: riflessioni sui criteri dell'adeguamento economico ed ambientale dei Paesi Candidati dell'Europa Centrale e Orientale (PECO)", in *Quaderni Istituto policedra di Geografia dell'Università di Perugia*, 20, 1998).

<sup>17</sup> Si veda: [http://ec.europa.eu/research/health/health-research-intro\\_en.html](http://ec.europa.eu/research/health/health-research-intro_en.html).

ne; ma alla luce di quanto qui illustrato, l'impegno finanziario previsto è certamente da auspicare per lo sviluppo e il benessere sociale dei cittadini Europei.