



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA
DIPARTIMENTO DI SCIENZE ECONOMICHE ED AZIENDALI
"M.FANNO"

DIPARTIMENTO DI SCIENZE STATISTICHE

CORSO DI LAUREA IN ECONOMIA (TrEc)

PROVA FINALE

LE DISUGUAGLIANZE E IL LORO IMPATTO SULLA SALUTE

RELATORE:

CH.MA PROF.SSA Giuliana Cortese

LAUREANDO: Omar Cipriano

MATRICOLA N. 1135955

ANNO ACCADEMICO 2018 – 2019

NOTE:

1. Il candidato, sottoponendo il presente lavoro, dichiara, sotto la propria personale responsabilità, che il lavoro è originale e che non è stato già sottoposto, in tutto o in parte, dal candidato o da altri soggetti, in altre Università italiane o straniere ai fini del conseguimento di un titolo accademico. Il candidato dichiara altresì che tutti i materiali utilizzati ai fini della predisposizione dell'elaborato sono stati opportunamente citati nel testo e riportati nella sezione finale 'Riferimenti bibliografici' e che le eventuali citazioni testuali sono individuabili attraverso l'esplicito richiamo al documento originale.

2. L'elaborato, in conformità con il Regolamento di Ateneo, escludendo Allegati e Bibliografia, rispetta il limite massimo di 10.000 parole (numero parole: 7104).

Sommario

Abstract	3
Capitolo 1: La Salute Globale, un inquadramento metodologico	4
1.1 La Salute	4
1.2 I determinanti di salute	4
1.3 I modelli concettuali di salute	4
1.4 Una visione globale	7
1.5 La Commissione sui determinanti Sociali della Salute dell'OMS.....	7
Capitolo 2: Le disuguaglianze e il loro impatto sulla salute	12
2.1 Introduzione	12
2.2 Le disuguaglianze nella salute: un'analisi comparativa	13
L'istruzione	17
La salute mentale.....	24
2.3 Società disfunzionali.....	27
Capitolo 3: Le disuguaglianze della salute in Italia	30
3.1 Analisi dei dati	30
3.2 I meccanismi nel contesto italiano.....	34
3.3 Conclusioni	35
Bibliografia	38

Abstract

La salute intesa come diritto alla vita è forse uno dei diritti fondamentali per l'uomo, spesso però il modello dominante è biomedico. Questo paradigma non lascia spazio al contesto socioeconomico dimenticando che la complessità dei problemi e delle questioni che entrano in gioco nella genesi delle malattie includono: le strategie per la tutela della salute, le cause economiche, politiche e ambientali e i necessari interventi intersettoriali e multidisciplinari, nazionali e internazionali per contrastarla.

L'elaborato inquadra nel primo capitolo i concetti utili suggerendo le chiavi di lettura e un inquadramento metodologico, quali: le definizioni di salute, i determinanti della salute e i modelli della salute.

Il secondo capitolo esamina le correlazioni che vi sono tra i determinanti socio-economici e alcuni indicatori della salute a livello internazionale.

Il terzo capitolo conclude l'analisi ponendo un focus sullo stato delle disuguaglianze della salute nel contesto Italiano, suggerendo infine alcune risposte su come si potrebbe agire per contrastare queste disuguaglianze.

Capitolo 1: La Salute Globale, un inquadramento metodologico

1.1 La Salute

“La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la mera assenza di malattia o infermità” (Preambolo alla Costituzione dell’Organizzazione Mondiale della Sanità, 1948).

“La Salute Globale è un approccio che mira a dare pieno significato e attuazione a una visione di salute come stato di benessere bio-psico-sociale e come diritto umano fondamentale.” (RIIS, 2018)

Ciò significa che:

- Salute Globale non è una nuova disciplina né (solo) un campo di studi, ma un approccio integrato di ricerca e azione;
- Salute e malattia sono considerate come risultati di processi non solo biologici, ma anche economici, sociali, politici, culturali e ambientali;
- Occuparsi di Salute Globale significa prendere posizione a favore di equità e giustizia sociale, a livello sia locale che internazionale.

1.2 I determinanti di salute

I determinanti della salute sono i fattori che influenzano lo stato di salute di un individuo e di una comunità o di una popolazione. Possono essere raggruppati in varie categorie: comportamenti personali e stili di vita, fattori sociali, condizioni di vita e di lavoro, accesso ai servizi sanitari, condizioni generali socio-economiche, culturali e ambientali, fattori genetici.

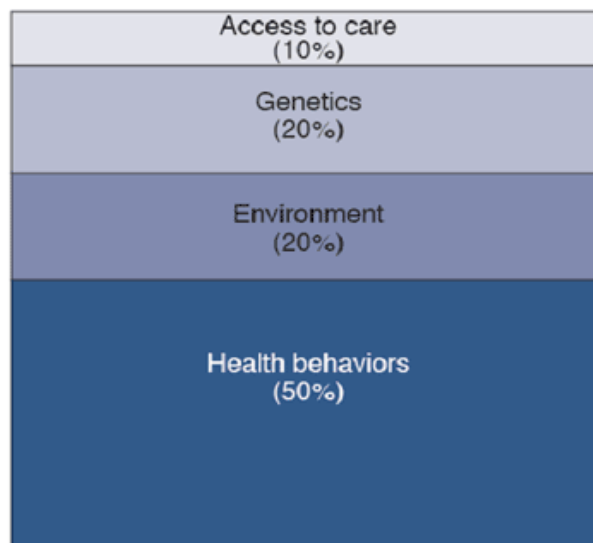
1.3 I modelli concettuali di salute

Esistono due diversi modelli concettuali che propongono una diversa gerarchia tra i determinanti e quindi due antitetiche strategie di sanità pubblica.

Il modello Statunitense

Nel modello statunitense (Figura 1.1) lo stato di salute delle persone è condizionato per il 50% dai loro comportamenti e dal loro stile di vita ponendo l'attenzione sulle responsabilità individuali nei confronti della salute e della malattia e dando meno importanza agli altri fattori

Slide 1. Determinanti della salute (USA)



Source: IFTF; Centers for Disease Control and Prevention.

Figura 1.1

Il modello Europeo

Il secondo modello (Figura 1.2) è espresso in una serie di strati concentrici, corrispondenti ciascuno a differenti livelli di influenza.

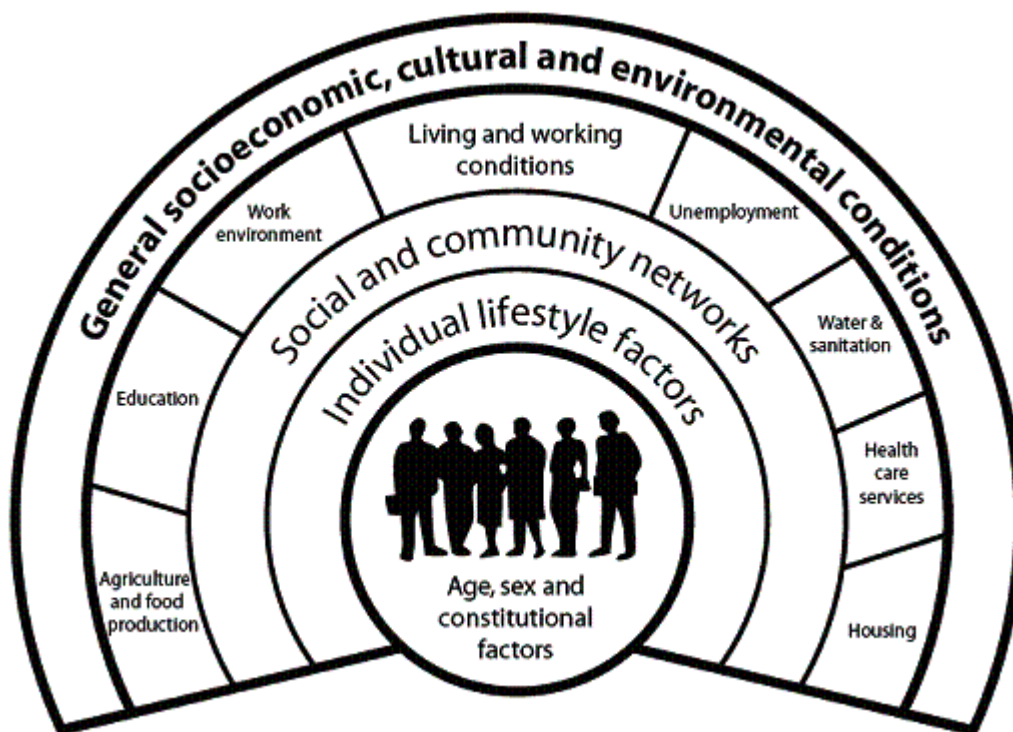


Figura 1.2, Fonte: Dahlgren, Whitehead (1991)

Al centro c'è l'individuo, con le sue caratteristiche biologiche. Lo strato successivo riguarda il comportamento e lo stile di vita degli individui.

Ma l'individuo non esiste da solo: egli interagisce con i familiari, gli amici, l'ambiente.

Il quarto livello concerne un insieme complesso di fattori che riguardano l'ambiente di vita e di lavoro (reddito, alimentazione, inquinamento ecc...).

Lo strato più esterno si riferisce alle condizioni generali –politiche, sociali, culturali, economiche, ambientali – in cui gli individui e le comunità vivono.

Il secondo modello concettuale è molto più complesso e articolato del primo. Da una parte riflette la cultura europea di welfare-state fondata sul “diritto alla salute” e dall'altra fa propria la visione “multisettoriale” della tutela della salute, contenuta nella Dichiarazione di Alma Ata che recita:

“l'assistenza sanitaria di base coinvolge, oltre al settore sanitario, tutti gli altri settori e aspetti dello sviluppo nazionale e comunitario, in particolare i settori dell'agricoltura, allevamenti animali, alimenti, industria, istruzione, edilizia, lavori pubblici, comunicazioni e altri settori, richiede che gli sforzi di tutti questi settori siano coordinati”

Il destino di salute di una persona, di una comunità o di una popolazione dipende quindi in questo secondo modello da una molteplicità di situazioni e di livelli di responsabilità.

Gli effetti della globalizzazione in salute sono mediati da una serie di “determinanti” che influenzano le situazioni socioeconomiche, le loro condizioni materiali e gli stili di vita e contestualmente le risorse messe in campo dagli stati per quanto riguarda welfare e servizi sanitari.

Lo stato di salute di una popolazione è il risultato dell’azione di (e l’interazione fra) differenti fattori che si possono raggruppare in tre grandi categorie:

1. I determinanti sociali di salute
2. I sistemi sanitari e le politiche per la salute;
3. L’offerta, l’uso e la qualità dei servizi sanitari.

1.4 Una visione globale

Nel 2016 la speranza di vita alla nascita a livello globale è stata di 72,0 anni con un range che va dai 61 anni per la regione Africana contro i 77,5 della regione Europea.

Le differenze si incontrano anche a livello continentale dove si va dai 71,2 anni del Turkmenistan contro gli 82,12 anni dell’Italia nella regione Europea.

Le stesse differenze le incontriamo a livello in ogni regione continentale, ad esempio in Africa passiamo da una speranza di vita di soli 49,81 anni nel caso del Chad ai 76,71 del Marocco.

Tali differenze le riscontriamo all’interno delle singole nazioni a livello regionale in base alla posizione socio-economica dei cittadini e persino a livello delle singole metropoli.

Uno studio longitudinale è stato fatto in Italia (Giuseppe Costa, 2017) dove, un uomo che percorre la città di Torino dalla collina alto borghese alla barriera operaia nel nord-ovest, vede ridursi l’aspettativa di vita di 6 mesi per ogni chilometro percorso.

1.5 La Commissione sui determinanti Sociali della Salute dell’OMS

Nel 2005 l’OMS costituì una commissione sui determinanti Sociali della Salute (CSDH) questa elaborò il rapporto Closing the Health Gap in a Generation (OMS, 2008)

“These inequities in health, avoidable health inequalities, arise because of the circumstances in which people grow, live, work, and age, and the systems put in place to deal with illness. The conditions in which people live and die are, in turn, shaped by political, social, and economic forces.”

In sintesi il rapporto afferma che esistono sia all'interno degli stati che tra gli stati, disuguaglianze nelle condizioni di salute degli individui, che sono ingiuste ed evitabili, e che “insorgono a causa delle circostanze nelle quali le persone crescono vivono, lavorano e invecchiano e dei sistemi messi in atto per affrontare la malattia”. A loro volta queste condizioni “sono determinate da forze politiche sociali ed economiche”

L'imperativo del rapporto fu che per eliminare le disuguaglianze di salute tra paesi e nei paesi bisogna agire sui determinanti sociali di salute.

Il documento propone una cornice concettuale (Figura 1.3) che individua una catena di cause alla base delle disuguaglianze di salute, da quelle distali a quelle prossimali, visibili da sinistra a destra nella figura. Le cause distali hanno origine nel contesto socio-economico e riguardano politiche macroeconomiche, sociali e sanitarie, e i meccanismi di governance (corruzione, trasparenza ecc...) i valori e le norme sociali. Seguono i fattori che attengono alla posizione sociale delle persone: educazione, occupazione, reddito, genere, etnia. Seguono infine i fattori prossimali che riguardano: le circostanze della vita quotidiana (accesso a un'adeguata alimentazione e all'acqua potabile, ad un tetto), la coesione sociale, i fattori psicosociali, i comportamenti e i fattori biologici.

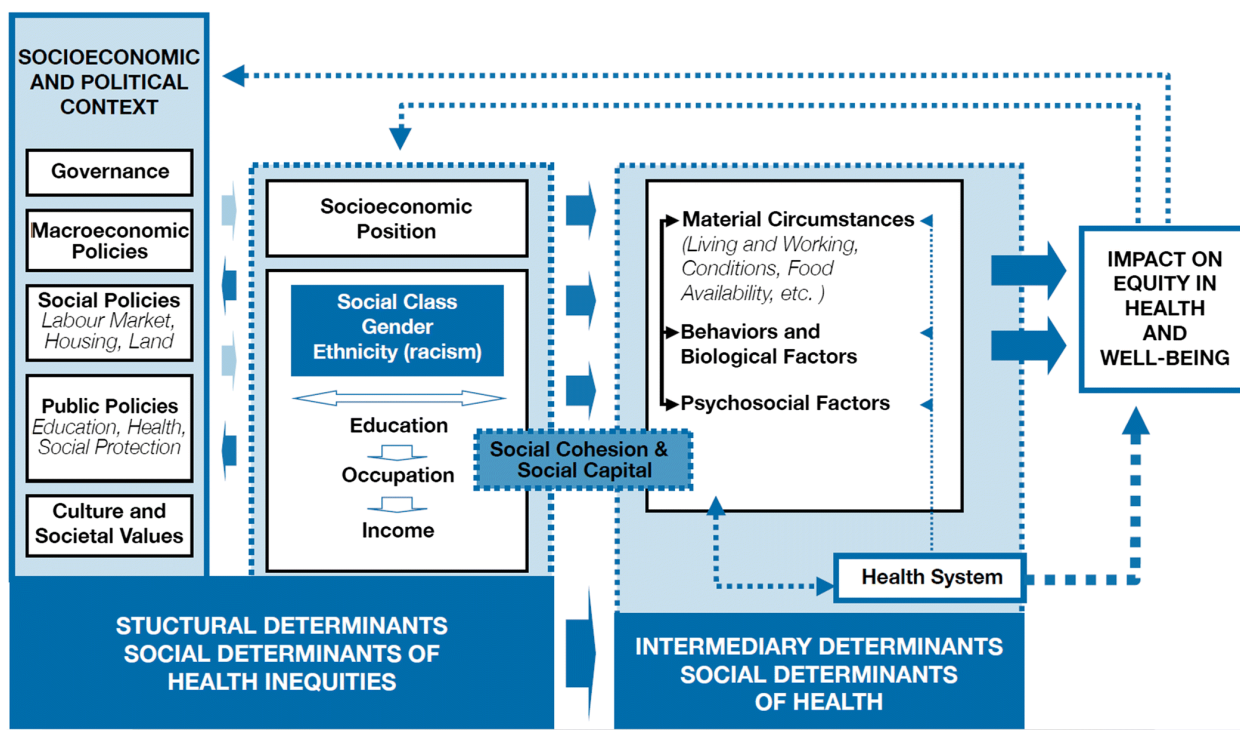


Figura 1.3, Fonte: Solar & Irwin, 2010

Quello che risulta da questo modello è che la Salute non è influenzata quasi esclusivamente dal Sistema Sanitario in sé attraverso la figura del medico, e dalla responsabilità individuale, ma dalla prevenzione primaria nelle aree della nutrizione, igiene ambientale, della casa, dell'istruzione e del posto di lavoro.

Gli esperti di sanità pubblica hanno ampiamente analizzato le interrelazioni specifiche tra i fenomeni specifici della globalizzazione e i determinanti della salute.

Ad esempio Yach (1998) fornì una cornice interpretativa del rapporto tra globalizzazione ed alcune possibili conseguenze sulla salute.

<i>FATTORI GLOBALI</i>	<i>POSSIBILI CONSEGUENZE</i>
Misure Macroeconomiche: Politiche di aggiustamento Strutturale, Disoccupazione di lungo periodo.	Marginalizzazione, povertà, riduzione reti di protezione sociale, alti tassi di mortalità

<p>Commercio:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tabacco, alcool, droghe. 2. Farmaci inefficaci e pericolosi. 3. Commercio di alimenti contaminati. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aumentato uso. 2. Terapie inefficaci o dannose 3. Diffusione di malattie infettive.
<p>Viaggi:</p> <p>Più di un milione di viaggiatori internazionali ogni giorno.</p>	<p>Trasmissione di malattie infettive e esportazione di stili di vita dannosi.</p>
<p>Migrazioni:</p> <p>Aumento dei rifugiati.</p>	<p>Conflitti etnici</p>
<p>Degrado ambientale:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Riduzione delle risorse disponibili 2. Inquinamento 3. riduzione dell'Ozono 4. Effetto Serra. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Epidemie e Conflitti 2. Danni per la catena alimentare, disturbi respiratori. 3. Immunosoppressione, tumori della pelle, cataratta 4. Aumento di alcune infezioni (es. malaria), disastri ambientali, malnutrizione a seguito della riduzione di disponibilità alimentari
<p>Tecnologie: protezione dei diritti intellettuali (TRIPS)</p>	<p>Farmaci essenziali non disponibili per i paesi poveri.</p>
<p>Media: Commercializzazioni di prodotti pericolosi</p>	<p>Diffusione di abitudini dannose</p>

Fonte: Yach (1998)

Dal rapporto del CSDH emerge come la riduzione delle disuguaglianze in una generazione possa avvenire solo coinvolgendo in un processo di trasformazione tutta la comunità e una moltitudine di settori.

Questo approccio è convincente perché:

- Le disuguaglianze in salute non sono il risultato dell'assoluta mancanza di risorse ma piuttosto di una distribuzione non equa
- I soggetti più colpiti dalle disuguaglianze rappresentano la parte più fragile della comunità, che non riesce a mettere in campo le risorse sufficienti per prevenire e curarsi, e che senza un adeguato supporto esterno rimane intrappolata in un circolo vizioso di vulnerabilità.
- In un contesto in cui le forze sociali, politiche ed economiche producono attivamente disuguaglianze, per migliorare la salute della popolazione è necessario intervenire attivamente sulla comunità e sull'architettura della società.
- Programmi di promozione della salute che puntano esclusivamente al cambiamento dei comportamenti individuali rischiano solo di "incolpare le vittime".

Per la riduzione delle disuguaglianze, la CSDH ritiene necessario agire in maniera strutturale all'interno della società.

Ritenendo necessario da un lato misurare attivamente le disuguaglianze e i determinanti sociali e attraverso studi specifici la descrizione delle cause sociali, politiche economiche e dei processi di salute e malattia e dall'altro è necessario un investimento adeguato nella formazione specifica dei decisori politici e dei professionisti coinvolti nella promozione della salute e nell'informazione.

Infine la CSDH comanda di valutare gli interventi, in qualsiasi politica, rispetto al loro impatto concreto sulla realtà delle disuguaglianze.

Capitolo 2: Le disuguaglianze e il loro impatto sulla salute

2.1 Introduzione

In economia la disuguaglianza consiste in un accesso differenziato alle risorse economiche, sociali e naturali.

Il fulcro del nostro tema è rappresentato all'accesso alle "risorse economiche". La ragione è che in un mondo dominato dall'economia, l'accesso alle risorse materiali (basilari e di lusso) e immateriali (con servizi per la salute l'educazione e il divertimento...) dipende fortemente dall'accesso a queste risorse.

Dobbiamo chiarire che un certo di livello di disuguaglianza in sé non è un fenomeno cattivo, infatti quando la disuguaglianza non dipende dall'eredità, premiare quelle persone che lavorano duramente, hanno migliori capacità. questo può generare ulteriore sviluppo.

In ogni caso livelli estremi di disuguaglianza sono sempre pericolosi.

La disuguaglianza economica può essere analizzata sia in termini di ricchezza sia in termini di reddito e può essere misurata in riferimento a: la disuguaglianza tra i paesi, la disuguaglianza all'interno dei paesi e la disuguaglianza tra individui a livello globale.

La disuguaglianza estrema produce alcune conseguenze specifiche

Le disuguaglianze economiche secondo un rapporto Oxfam del 2014 rappresentano: a) una barriera alla riduzione della povertà, b) indeboliscono la crescita economica, c) acuiscono la disuguaglianza tra uomini e donne, e comportano, d) disuguaglianze nella salute, nell'educazione e nelle opportunità di vita.

Soffermandoci sul punto d) possiamo affermare che i poveri sono maggiormente colpiti da malattie croniche e disabilità

Il rapporto dell'Oxfam evidenzia come le disuguaglianze correlate a molte condizioni sanitarie - dalla speranza di vita, alla mortalità infantile, all'obesità - possono essere collegati a livelli di disuguaglianza economica all'interno di una società. Più aumentano le disuguaglianze economiche più le condizioni sanitarie della popolazione peggiorano. Per disuguaglianze non intendiamo

soltanto la povertà, sebbene essa interagisca creando circoli viziosi che relegano le persone povere a godere di cattiva salute.

Le disuguaglianze non colpiscono solo le fasce più povere della popolazione ma anche le più benestanti, principalmente perché, le disuguaglianze riducono la coesione sociale, una dinamica che porta a maggiori livelli di stress, paura e insicurezza per tutti.

2.2 Le disuguaglianze nella salute: un'analisi comparativa

L'Occidente ha aumentato il proprio reddito medio ininterrottamente per più di 150 anni e oggi la ricchezza che si va accumulando non ha più gli effetti benefici di un tempo.

Esaminiamo per esempio le diverse cause di mortalità.

Appena un paese comincia a crescere dal punto di vista economico, le malattie associate alla povertà vengono debellate: TBC, Colera, Morbillo tuttora diffuse nei paesi poveri non sono più la principale causa di mortalità nei paesi occidentali.

Consideriamo per esempio la speranza di vita.

Prendiamo in considerazione la figura 2.1 dove correliamo sull'asse delle ascisse il PIL pro-capite e sull'asse delle ordinate la speranza di vita alla nascita, possiamo notare come la crescita economica nei paesi ricchi ha terminato il suo lavoro.

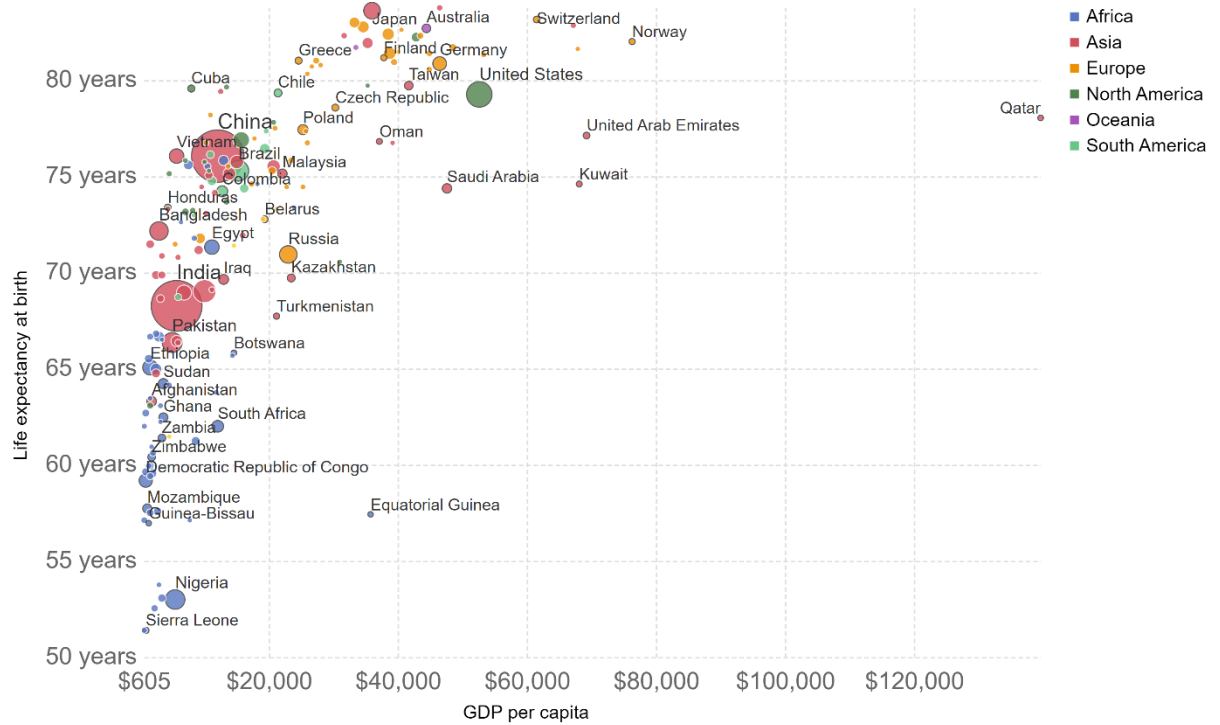
Se esaminiamo i paesi poveri lo sviluppo economico continua ad essere importante per la prosperità individuale, l'aumento del tenore di vita materiale si traduce innanzitutto in un sensibile miglioramento della speranza di vita.

Gli indicatori del benessere non crescono più di pari passo con il reddito nazionale, anzi le società ricche hanno visto aumentare nuove patologie: obesità, depressione, problemi sociali.

Esaminando il grafico 2.1 si riconosce un aumento esponenziale della speranza di vita all'aumentare del PIL pro capita ma superata la soglia dei 25000\$ per abitante la curva si appiattisce indicando che i paesi ricchi non aumentano la speranza di vita se si arricchiscono ulteriormente.

Life expectancy vs. GDP per capita, 2015

Our World in Data



Source: Clio-Infra & UN Population Division ; Maddison Project Database (2018)

CC BY

Grafico 2.1

Limitiamo ora la nostra analisi solo ai paesi più benestanti.

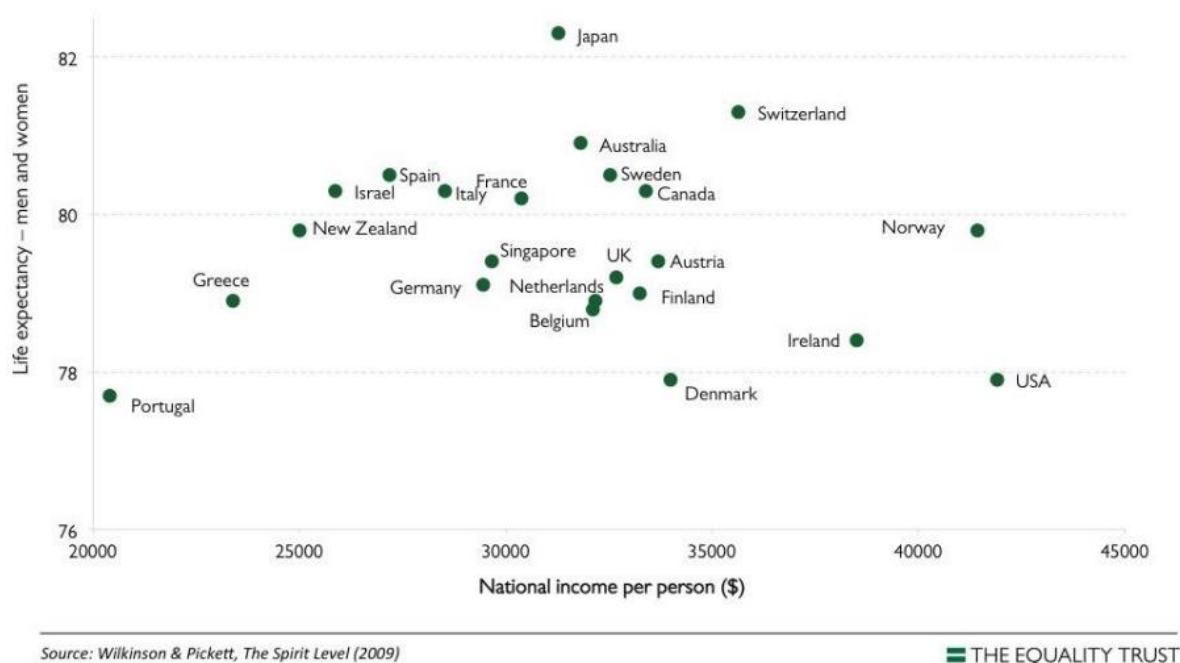


Grafico 2.2

Se limitiamo la nostra analisi solo ai paesi più sviluppati si scopre che molti problemi sanitari e sociali non sono correlati al reddito medio della società.

Il grafico 2.2 mostra che alcuni paesi possono essere quasi due volte più ricchi di altri senza godere di un vantaggio in termini di speranza di vita.

Eppure all'interno di questi paesi, i tassi di mortalità sono fortemente correlati al reddito.

Come possiamo spiegare questo paradosso?

Due sono le spiegazioni, la prima è che il fattore rilevante non è tanto il livello di reddito quanto il posto occupato nella scala sociale, cioè il fatto di trovarsi in una posizione sociale migliore.

L'altra possibilità è forse dovuta al fatto che le persone sane tendono a salire la scala sociale, mentre quelle non sane rimangono ai gradini più bassi.

Osserviamo ora (Figura 2.3) la correlazione tra la disuguaglianza dei redditi, misurata e la loro correlazione con un gradiente di problemi socio-sanitari.

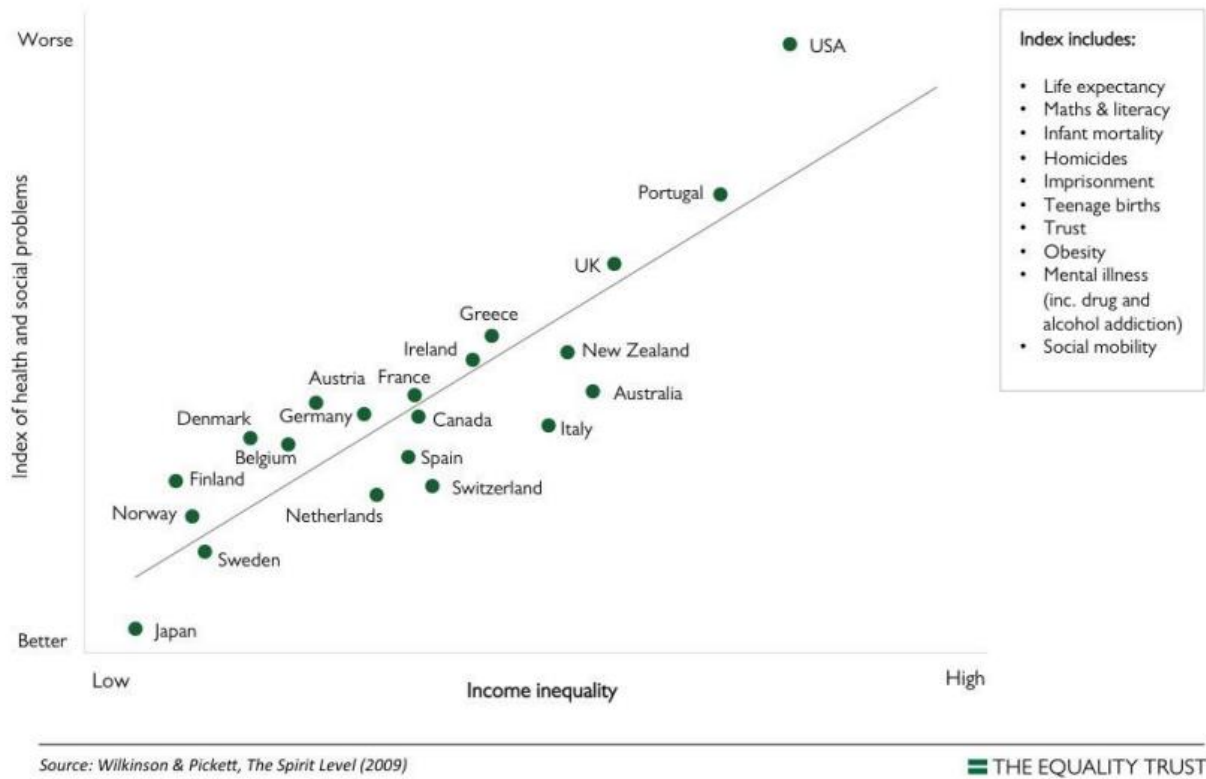


Figura 2.3

Nella Figura 2.3 si rileva che i problemi sanitari e sociali: disagio mentale, speranza di vita, obesità, rendimento scolastico, omicidi tendono a verificarsi con minore frequenza nei paesi più inclini all’uguaglianza e siano più frequenti nei paesi con maggiore disparità economiche.

Wilkinson e Pickett nel loro studio forniscono anche gli indici di correlazione di Pearson per ogni problema sociale e di salute confermando la correlazione tra l’iniquità e i problemi sanitari e sociali. (Tabella 2.4)

Il cuneo delle diseguaglianze ha effetti negativi su un’ampia gamma di fenomeni sociali e sanitari, come Wilkinson e Pickett mettono in evidenza nei paesi sviluppati e negli Stati Uniti: *“dalla minore aspettativa di vita alla prevalenza delle malattie mentali, dall’uso di droghe alla percentuale di persone obese, dagli scarsi risultati dell’istruzione pubblica alla elevata frequenza di gravidanze tra le adolescenti, dal basso indice di empowerment delle donne alla poca generosità di spesa per l’aiuto allo sviluppo dal tasso di omicidi a quello dei detenuti nelle carceri.”*

Table 1: The strength of relationships between income inequality in rich countries and various health and social problems

	Correlation coefficient
Social immobility	0.93
Teenage births	0.73
Imprisonment	0.67
Trust	-0.66
Mental illness	0.59
Obesity	0.57
Homicides	0.47
Educational performance	-0.45
Life expectancy	-0.44
Infant mortality	0.42
Overall index	0.87

Source: Wilkinson and Pickett, 2009b

Note: A negative sign means that when one variable increases the other decreases.

Tabella 2.4

In conclusione i grafici mostrano che i problemi sanitari e sociali sono più presenti nelle fasce più povere delle società e la loro incidenza è più alta nelle società con maggiore disuguaglianze.

Analizziamo ora in dettaglio alcuni fattori psico-sociali come l'istruzione e la salute mentale

L'istruzione

L'istruzione è spesso vista come uno dei motori principali della mobilità sociale. Una Essa rappresenta un bene per la società, che si avvale dei contributi e di una forza economica qualificata, inoltre una maggiore istruzione è correlata a uno stipendio più alto

Il legame tra istruzione materna e Mortalità Infantile nei paesi in via di sviluppo.

Agire sull'istruzione materna aiuta a combattere la mortalità infantile più di un aumento nel numero di dottori, infermieri o altri professionisti sanitari nei paesi in via di sviluppo.

Secondo l'UNESCO Nel 2011, 6,1 milioni di bambini di età inferiore ai cinque anni sono morti per cause prevenibili nei paesi a basso e medio reddito. Si stima che il 49% di quei decessi fosse

prevenibile se le madri dei bambini avessero ricevuto un'istruzione secondaria. Anche quando le madri acquisiscono solo un'istruzione elementare, riducono le probabilità che i loro bambini muoiano di diarrea dell'8% e di malaria del 22%.

All'aumentare dell'istruzione materna, la mortalità infantile diminuisce.

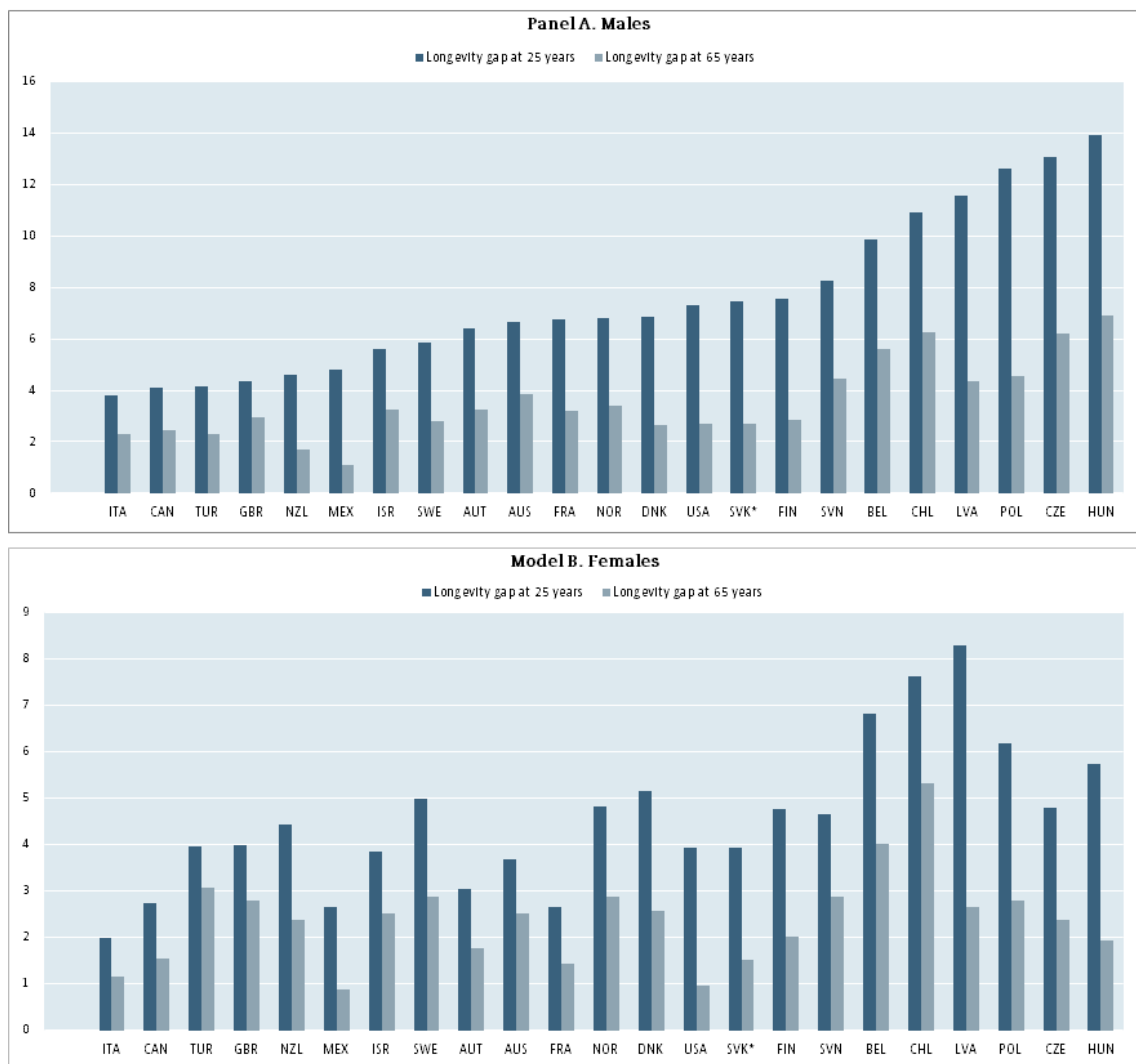
La malnutrizione, la mancanza di immunizzazione, le malattie prevenibili e le complicanze alla nascita sono significativamente ridotte reindirizzando il rapporto tra mortalità infantile e educazione materna.

L'alfabetizzazione e l'educazione forniscono alle madri conoscenze di igiene, alimentazione, salute e sicurezza per una migliore cura dei propri figli. Ad esempio, le madri istruite hanno maggiori probabilità di purificare l'acqua e di cercare assistenza sanitaria se notano che il loro bambino si ammala. Le madri che sanno leggere e scrivere hanno il 23% in più di probabilità rispetto alle madri analfabete di ottenere l'aiuto di un assistente di nascita, evitando complicazioni del parto che perpetuano tassi elevati di mortalità infantile.

Gli effetti delle disuguaglianze nell'Istruzione in Europa

Uno dei principali studi comparativi a livello europeo ha sistematicamente messo a confronto il gradiente sociale di mortalità suddividendolo per genere e in base al livello d'istruzione.

Figure 1. Life expectancy gap between the highest and lowest educational groups at the age of 25 and 65



Note: countries without an asterisk correspond to OECD data and calculations; *denotes OECD calculations based on Eurostat data.

Grafico 2.5, Fonte: Murtin et al, (2011)

I risultati (Grafico 2.5) indicano una notevole variazione della mortalità in base al livello d'istruzione, con disuguaglianze più accentuate nei paesi dell'Europa orientale dove, la mortalità risulta più elevata tra i meno istruiti.

Le condizioni patologiche connotate da maggiore eccesso di mortalità tra le persone con bassa istruzione – evidenzia il documento – risultano essere quelle correlate agli stili di vita insalubri e

ai comportamenti a rischio (ad esempio malattie circolatorie, tumori del polmone, diabete, epatiti/cirrosi, Aids), alle peggiori condizioni di sicurezza (ad esempio incidenti), ai maggiori rischi ambientali e da lavoro (come le malattie respiratorie e alcuni tumori) e al disagio sociale (ad esempio disturbi mentali). Le persone meno istruite hanno, inoltre, un minore accesso a cure appropriate e una maggiore vulnerabilità alle conseguenze sociali di una malattia.

Il rapporto “Partire svantaggiati: La disuguaglianza educativa tra i bambini dei paesi ricchi” (UNICEF, 2018) ha esaminato come nei paesi più avanzati alcuni bambini hanno un rendimento scolastico inferiore ad altri a causa di circostanze al di fuori del loro controllo, come il luogo in cui sono nati, la lingua parlata o l'occupazione dei genitori.

Al loro ingresso nel sistema scolastico questi bambini partono da una posizione svantaggiata, che può peggiorare ulteriormente se le politiche e le pratiche educative rafforzano, anziché ridurre, il divario esistente con i coetanei. Tutto questo ha costi sociali ed economici.

I fattori alla base della disuguaglianza educativa sono: il contesto familiare in cui sono nati e l'entrata dei bambini nella scuola dell'infanzia.

Un'indagine nazionale (Disadvantaged Children up to a year behind the age of three, 2007) effettuata in UK ha rilevato che, già all'età di tre anni i bambini provenienti da famiglie svantaggiate hanno fino a dodici mesi di ritardo nella formazione rispetto ai coetanei cresciuti in un ambiente stimolante.

Il rapporto dell'UNICEF esamina le disuguaglianze educative nell'arco di tutta la vita partendo dalla nascita.

In 16 dei 29 paesi europei per i quali sono disponibili dati, i bambini appartenenti al quinto più povero dei nuclei familiari hanno un tasso di frequenza prescolastica più basso rispetto ai bambini del quinto più ricco.

L'erogazione di servizi di assistenza all'infanzia per i bambini più piccoli in età prescolare, in alcuni paesi, è ben lontana dall'essere universale.

I bambini appartenenti a famiglie con reddito più basso hanno minori probabilità di frequentare la scuola dell'infanzia.

Tasso di frequenza della scuola dell'infanzia e divario di reddito (2016)

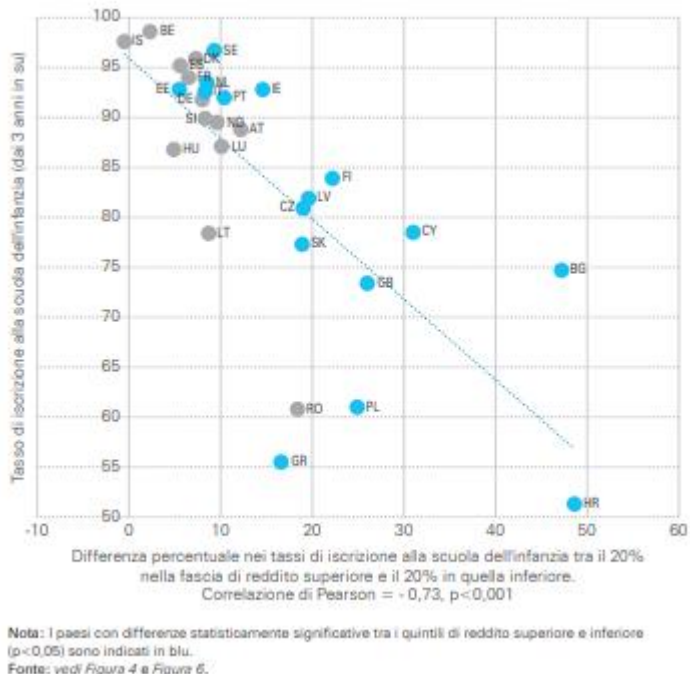


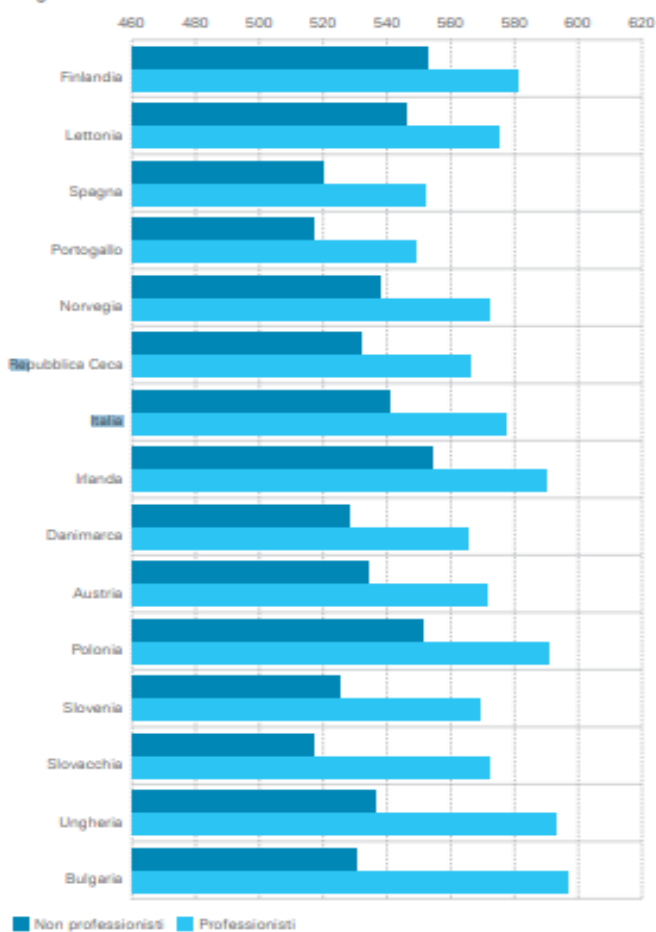
Grafico 2.6, Fonte: (UNICEF, 2018)

I paesi con maggiori disuguaglianze di reddito tendono a registrare tassi di frequenza medi più bassi (Grafico 2.6). Questo dato sembra indicare che l'accessibilità, può costituire una fonte di disuguaglianza educativa.

Le differenze nell'occupazione dei genitori spiegano fino a un terzo del divario nel rendimento dei bambini in lettura. Le circostanze in cui i bambini crescono incidono sul rendimento scolastico.

La Figura 2.7 confronta i punteggi ottenuti in lettura dai bambini con almeno un genitore con un'occupazione professionale e quelli dei figli di persone con occupazioni non professionali. Il confronto viene effettuato per un sottogruppo di paesi con tassi di risposta dei genitori sufficientemente alti da poter rientrare in questa analisi. I professionisti includono dirigenti aziendali, alti funzionari, insegnanti, infermieri, ingegneri e medici.

Figura 10: I figli di professionisti ottengono punteggi più alti nei test di lettura
Punteggi medi in lettura dei bambini di quarta elementare in base all'occupazione dei genitori



Nota: i paesi sono ordinati in base all'entità del divario assoluto, in termini di occupazione dei genitori, nei punteggi relativi alla lettura. Sono stati esclusi i paesi per i quali manca più del 15% delle informazioni sull'occupazione dei genitori. I professionisti includono dirigenti aziendali, alti funzionari, medici, avvocati, ingegneri, tecnici o professionisti associati (come infermieri o assistenti di studi legali). I non professionisti comprendono titolari di piccole attività, impiegati, operai specializzati, lavoratori generici, addetti ai servizi o alla vendita, artigiani o commercianti, operatori di impianti o macchinari e coloro che non hanno mai svolto lavori retribuiti. Fonte: PIRLS 2016.

Figura 2.7, Fonte: (UNICEF, 2018)

In tutti i paesi analizzati, ai bambini con almeno un genitore professionista corrispondono punteggi in lettura significativamente più alti rispetto ai figli di non professionisti. Il divario nei punteggi tra i figli di professionisti e di non professionisti varia da circa 28 punti in Finlandia a 66 punti in Bulgaria. Altre caratteristiche dei bambini o dei genitori incidono sul rendimento in lettura: il genere del bambino, ad esempio, la lingua parlata a casa, l'ubicazione della scuola, il paese di nascita, il livello di istruzione dei genitori e se il bambino arriva a scuola affamato o stanco.

Le differenze nell'occupazione dei genitori spiegano fino a un terzo della variazione nei punteggi relativi alla lettura dei bambini di 10 (quarta elementare) e 15 anni. A parità di tutte le altre

condizioni, i ragazzi di 15 anni i cui genitori svolgono un lavoro di alto livello hanno molte più probabilità di aspettarsi di proseguire gli studi superiori rispetto a quelli con genitori che svolgono lavori di basso profilo.

Le disuguaglianze tra i bambini derivano dalle differenze non solo del contesto familiare ma anche delle scuole frequentate.

Le differenze tra istituti scolastici spiegano un quinto della variazione nei punteggi dei bambini in lettura, un bambino potrebbe andare bene in una scuola e stentare in un'altra. Gli istituti scolastici differiscono fra loro anche all'interno dello stesso sistema educativo.

Come si possono ridurre queste disuguaglianze?

Prassi e politiche per l'istruzione possono ridurre o accentuare le disuguaglianze educative derivanti dalle condizioni di partenza dei bambini e dalle circostanze familiari. Non esiste una politica passe-partout che garantisca i migliori risultati. Paesi e regioni si differenziano per composizione sociale, culturale, economica e politica.

Ciò che funziona per i paesi in cima alla classifica non necessariamente aiuterà quelli in fondo a ridurre le disuguaglianze educative.

Tuttavia, alcuni principi generali sono:

- Garantire che tutti i bambini abbiano accesso a opportunità di apprendimento prescolare di alta qualità svolge un ruolo importante nel ridurre le disuguaglianze socio-economiche esistenti all'inizio del percorso scolastico.
- Assicurare che tutti i bambini raggiungano un livello minimo di competenze di base adeguato
- Attenzione all'uguaglianza, non alle semplici medie infatti i raffronti internazionali dovrebbero prendere in considerazione non solo il rendimento scolastico medio dei vari paesi, ma anche il grado di disuguaglianza tra gli studenti di ogni paese. Una maggiore uguaglianza non va a scapito dei risultati medi; entrambi sono necessari per offrire a tutti i bambini un inizio equo.
- Colmare i divari di genere nel raggiungimento degli obiettivi – Politici ed educatori devono garantire il pari coinvolgimento di ragazzi e ragazze in tutte le materie fondamentali.

- Ridurre l'impatto delle disuguaglianze socioeconomiche – Attraverso una combinazione di sussidi e servizi pubblici, i paesi ricchi possono garantire a tutti i bambini l'opportunità di beneficiare al massimo dell'istruzione, di sviluppare interessi variegati e di raggiungere appieno il loro potenziale. Anche la riduzione della segregazione dei bambini con differenti contesti familiari in scuole diverse può contribuire a garantire che abbiano tutti pari opportunità.

Esame sul rapporto tra accesso all'istruzione superiore e sulla mobilità sociale.

La disuguaglianza, inoltre, spesso porta ad un accesso diseguale nei servizi di istruzione, il che attiva un circolo vizioso dove le persone ricche riescono ad accedere a tipi di istruzione e competenze non accessibili dalle persone più povere e in grado di garantire loro migliori posizioni sociali.

Per questo la spesa pubblica per l'istruzione è estremamente importante.

Esaminiamo il rapporto tra spesa per l'istruzione e sperequazione dei redditi, essa rappresenta il motore della mobilità sociale. Analizzando i paesi per i quali esistono dati sulla mobilità sociale (solo 8) possiamo constatare che in Norvegia la spesa per l'istruzione è al 97,8% pubblica contro gli USA, solo il 68,2% è pubblica.

Questo condiziona notevolmente le disparità sociali all'istruzione superiore.

La salute mentale

I determinanti della salute mentale e dei disturbi mentali includono non solo caratteristiche individuali come la capacità di gestire i propri pensieri, le emozioni, i comportamenti e le relazioni con gli altri, ma anche fattori sociali, culturali, economici, politici e ambientali, tra cui le politiche adottate a livello nazionale, la protezione sociale, lo standard di vita, le condizioni lavorative e il supporto sociale offerto dalla comunità.

L'esposizione alle avversità sin dalla tenera età rappresenta un fattore di rischio per disturbi mentali ormai riconosciuto è necessario agire attraverso strategie globali di promozione, prevenzione, trattamento e recovery in un approccio di government globale.

Le persone con disturbi mentali sperimentano tassi di disabilità e di mortalità più elevati rispetto alla media.

Per esempio le persone con depressione e schizofrenia hanno una possibilità maggiore del 40-60%, rispetto al resto della popolazione, di morte prematura, a causa di altre malattie, che spesso non vengono affrontate (come cancro, malattie cardiovascolari, diabete o infezione da HIV), e di suicidio. Quest'ultimo rappresenta la seconda causa di mortalità nei giovani su scala mondiale.

Spesso i disturbi mentali influiscono su altre malattie, come il cancro, le malattie cardiovascolari e l'infezione da HIV/AIDS, e sono a loro volta influenzate da queste. È stato dimostrato, per esempio, che la depressione può causare una predisposizione all'infarto del miocardio e al diabete, i quali, a loro volta, aumentano il rischio d'insorgenza di una depressione.

Numerosi fattori di rischio come una modesta condizione socioeconomica, l'alcolismo e lo stress si riscontrano comunemente sia nei disturbi mentali che in altre malattie non trasmissibili. Si è constatato inoltre che spesso i disturbi mentali si accompagnano ai disturbi da uso di sostanze psicoattive.

Nel loro complesso, i disturbi mentali, neurologici e da uso di sostanze psicoattive, comportano costi elevati, che hanno raggiunto il 13% del carico globale di malattia su scala mondiale nel 2004. La depressione da sola rappresenta il 4,3% del carico globale di malattia ed è una delle principali cause di disabilità a livello mondiale (11% degli anni di vita vissuti con una disabilità nel mondo intero), particolarmente nelle donne.

Le conseguenze economiche di queste condizioni di compromissione della salute sono altrettanto importanti: un recente studio ha stimato che l'impatto cumulativo dei disturbi mentali a livello mondiale in termini di perdita della produzione economica ammonterà a 16.300 miliardi di dollari tra il 2011 e il 2030.

I disturbi mentali fanno spesso precipitare gli individui e le loro famiglie in una condizione di povertà.

La perdita della casa e la detenzione inappropriata è molto più frequente nelle persone con disturbi mentali che nella popolazione generale, e aggravano ulteriormente la loro condizione di emarginazione e la loro vulnerabilità. A causa della stigmatizzazione e della discriminazione, le persone con disturbo mentale vedono violati i loro diritti umani e molte di loro vengono private dei loro diritti economici, sociali, e culturali - sono vittime di limitazioni nel diritto al lavoro, all'istruzione, alla procreazione ed alla possibilità di ottenere le migliori condizioni di salute.

Utilizzando i dati delle indagini raccolti dal World Mental Health Survey consortium dell'OMS Studiamo la correlazione che intercorre tra la disuguaglianza dei redditi e la percentuale della popolazione adulta che ne ha sofferto nei dodici mesi precedenti l'intervista (Figura 2.8).

Ciò che notiamo è una relazione molto forte. Ad una maggiore sperequazione dei redditi la percentuale della popolazione con che soffrono di disturbi mentali aumenta. Nei paesi anglosassoni 1 persona su 4 soffre di disturbi mentali contro 1 persona su 10 in Germania Giappone Spagna e Italia.

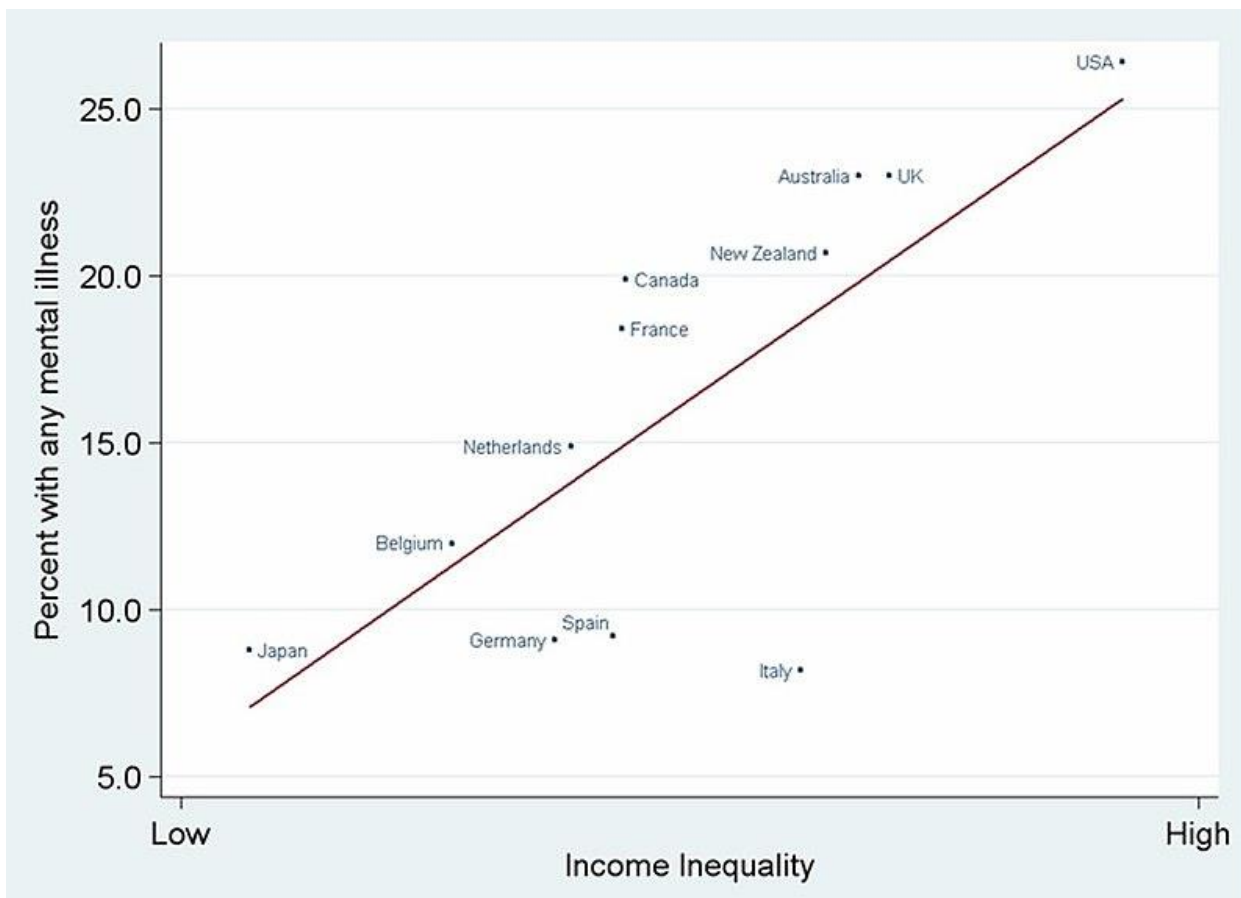


Figura 2.8, (Richard Wilkinson, 2012)

Perché nei paesi affetti da maggiori disuguaglianze l'incidenza dei disturbi è più alta?

Secondo Oliver James, nelle società benestanti si attribuisce un grande valore all'accumulazione di denaro e beni materiali, al trasmettere una buona immagine di sé agli altri e a diventare famosi. Questi valori definiscono nella nostra società lo status sociale accrescono la nostra vulnerabilità ai disturbi emotivi.

Data l'importanza delle relazioni sociali sulla salute mentale non è un caso che le società più disuguali dove vi è una vita minore coesione sociale sono anche quelle più affette da disturbi psichici.

Occupare una bassa posizione sociale è un fattore doloroso per la maggior parte della popolazione, non sorprende quindi che il consumo di droghe illegali è più frequente nei paesi afflitti da maggiori disuguaglianze (Figura 2.9)

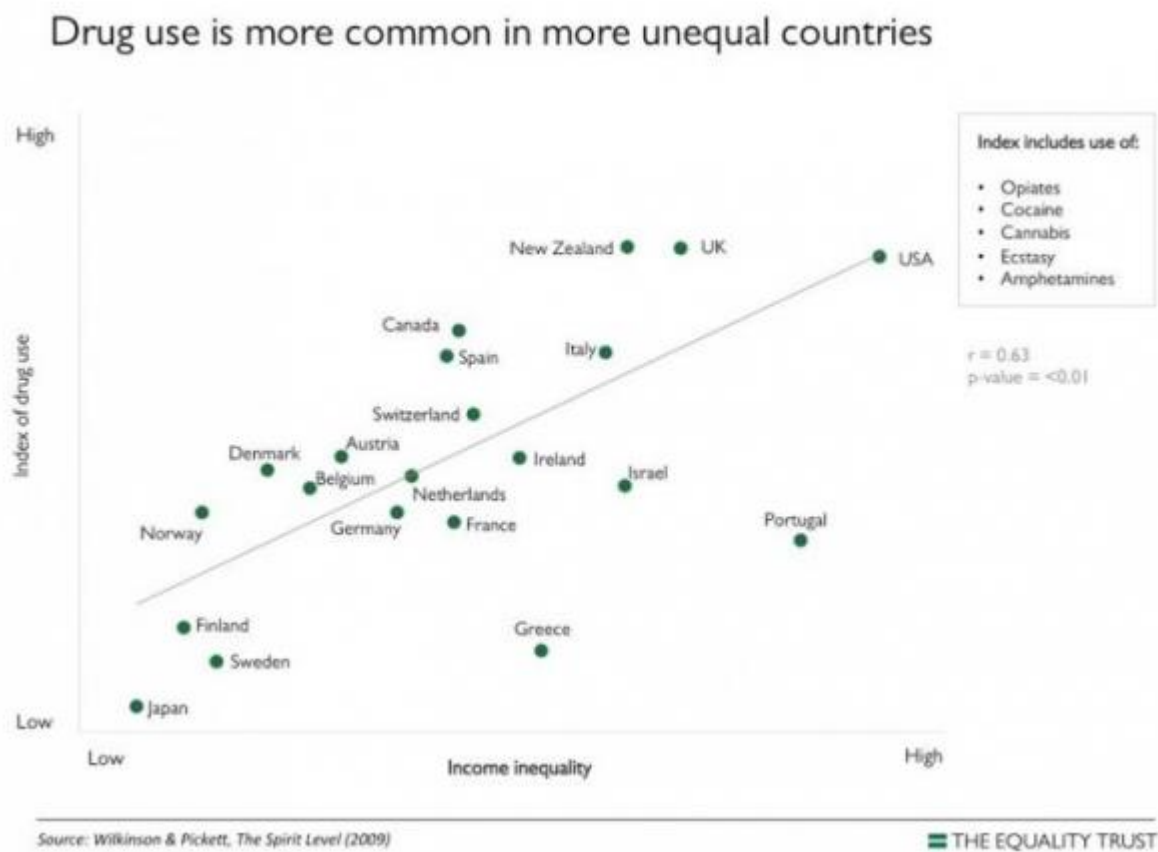


Figura 2.9

2.3 Società disfunzionali

I maggiori problemi sanitari e sociali delle nazioni benestanti tendono a essere più diffusi nelle società affette da maggiori disuguaglianze. La loro rilevanza non può essere sottovalutata.

Abbiamo notato come se un paese presenta un'alta incidenza di malattie, si può prevedere con una certa sicurezza che avrà tassi di incarcerazione più alti, minori livelli di alfabetizzazione, maggiore incidenza dei disturbi mentali, maggiori tassi di obesità ecc... La disuguaglianza sembra essere causa di disfunzioni sociali in numerosi ambiti.

Come si vede dai grafici a livello internazionale, all'estremo sano si trovano sempre i paesi scandinavi e il Giappone. All'estremo opposto si collocano Regno Unito, Stati Uniti e Portogallo.

È noto a tutti che le persone nelle fasce sociali più povere sono afflitte da maggiori problemi sanitari e sociali.

Considerando il punto di vista che la società sia un grande sistema di selezione naturale, con gli individui che salgono la scala sociale a seconda delle proprie caratteristiche e vulnerabilità personali.

“È vero che le cattive condizioni di salute il rendimento scolastico insoddisfacente, una gravidanza indesiderata in giovane età riducono le probabilità di farsi strada nella vita.

Ma la selezione naturale non spiega perché questi problemi tendono a essere più frequenti nelle società con maggiore disuguaglianza.” (Richard Wilkinson, 2012)

È interessante incominciare a considerare la disuguaglianza di reddito all'interno di una società come lo scheletro, o la struttura, attorno alla quale si sviluppano gradualmente differenze di istruzione, senso di sé e tutti gli altri segni dell'identità di classe. Il reddito è agganciato a tanti aspetti che poi plasmano o migliorano la salute, il senso di benessere e la felicità.

“Vivere in un paese dove il reddito è più equamente distribuito ha effetti positivi sullo stato di salute per l'intera società” (Richard Wilkinson, 2012)

I paesi scandinavi e il Giappone, dove il gap tra ricchi e poveri è minore, hanno infatti performance migliori rispetto a Stati Uniti, UK e Portogallo.

Le società sono dunque “disfunzionali”

Viene spontaneo domandarsi se la relazione tra disuguaglianza di reddito e problemi sanitari sia casuale.

La teoria principale, supportata dagli autori (Richard Wilkinson, 2012) è che le disuguaglianze causano “*ansia da status sociale*” ed è attraverso questo meccanismo psico-sociale che si manifestano maggiormente i problemi socio-sanitari.

Questa teoria suggerisce che la disparità di reddito è dannosa perché pone le persone in una gerarchia che aumenta la competizione per aumentare il proprio status e provoca stress, il che porta a cattiva salute e altri risultati negativi.

Il concetto di posizione sociale è una scarsa capacità di controllo su ciò che succede nella nostra vita.

La situazione di scarso controllo sulla vita innesca catene neuroendocrine che portano ad alti tassi di quelli ormoni che spiegano il rischio di infarto, diabete, mal di schiena, cadute del sistema immunitario ecc...

Lo scarso controllo che genera la posizione sociale è altresì nocivo per la salute perché genera una maggiore dipendenza dalle sostanze e stili di vita insalubri che sono quelli che dopo generano problemi salute.

Altre teorie affermano che l'effetto delle disuguaglianze dipendano dai fattori materiali, più che dai mediatori psico-sociali.

Possiamo affermare che i due meccanismi non sono mutualmente esclusivi, e rappresentano diverse prospettive da cui osservare un problema complesso.

Capitolo 3: Le disuguaglianze della salute in Italia

3.1 Analisi dei dati

In Italia si è osservato, negli ultimi decenni, un progressivo miglioramento delle condizioni di salute che hanno portato il paese ad avere una delle più alte speranze di vita nel mondo e livelli di disuguaglianza tra classi sociali meno pronunciati rispetto ad altri paesi avanzati.

Eppure, le medie mascherano l'esistenza di differenze sistematiche: le persone più abbienti stanno meglio, si ammalano di meno e vivono più a lungo.

Negli ultimi anni, anche in seguito alle raccomandazioni internazionali, sono sempre di più i rapporti sulle disuguaglianze della salute in Italia, primo fra tutti "L'Italia per l'equità in Salute" realizzato e commissionato dal Ministero della Salute nel 2017.

Uno studio della Regione Piemonte; condotto a Torino, ci permette di esaminare le disuguaglianze in chiave di andamento storico (Giuseppe Costa, 2017).

I dati Torinesi ci permettono di osservare retrospettivamente cosa è successo fin dall'inizio degli anni 70.

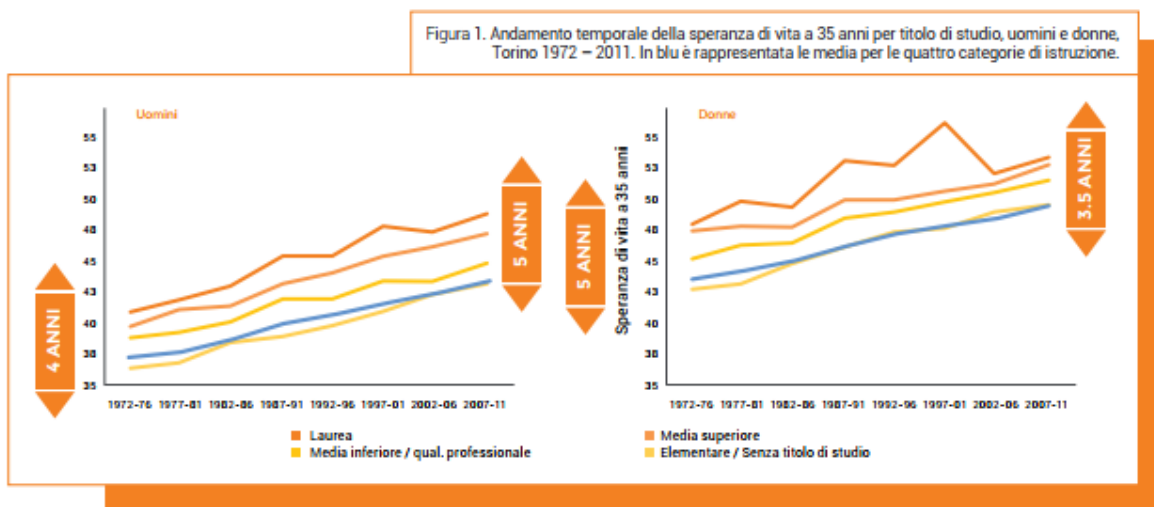


Figura 3.1 Fonte: (Giuseppe Costa, 2017)

Come possiamo osservare dalla Figura 3.1 vi è stato un miglioramento generale della salute dovuto principalmente al miglioramento dell'assistenza sanitaria e delle terapie (AIDS, infarto, diabete, diagnosi precoce dei tumori) e al cambiamento degli stili di vita individuali (alcool e fumo).

Osservando le differenze nella speranza di vita in base al titolo di studio, vediamo che i laureati hanno sempre avuto una speranza di vita superiore rispetto ai meno istruiti. Questo divario è aumentato per gli uomini passando da 4 anni di differenza ai 5 anni di differenza tra il gruppo più istruito e quello meno istruito. Per le donne invece la forbice delle disuguaglianze si è ridotta passando da un gap di 5 anni a 3.5 anni, questo è dovuto principalmente al cambiamento delle abitudini riproduttive e alla curva epidemica del fumo che colpisce di più le donne in carriera.

La seconda immagine (Figura 3.2) è relativa alle differenze nella speranza di vita a 35 anni per classe sociale, quando si presume che una persona abbia ormai una carriera già avviata. Osservando gli uomini, la speranza di vita residua per un dirigente è di 48,7 mentre per un operaio è di 5 anni in meno. Anche qui osserviamo lo stesso gradiente e le motivazioni sono quelle che abbiamo visto nei precedenti capitoli.

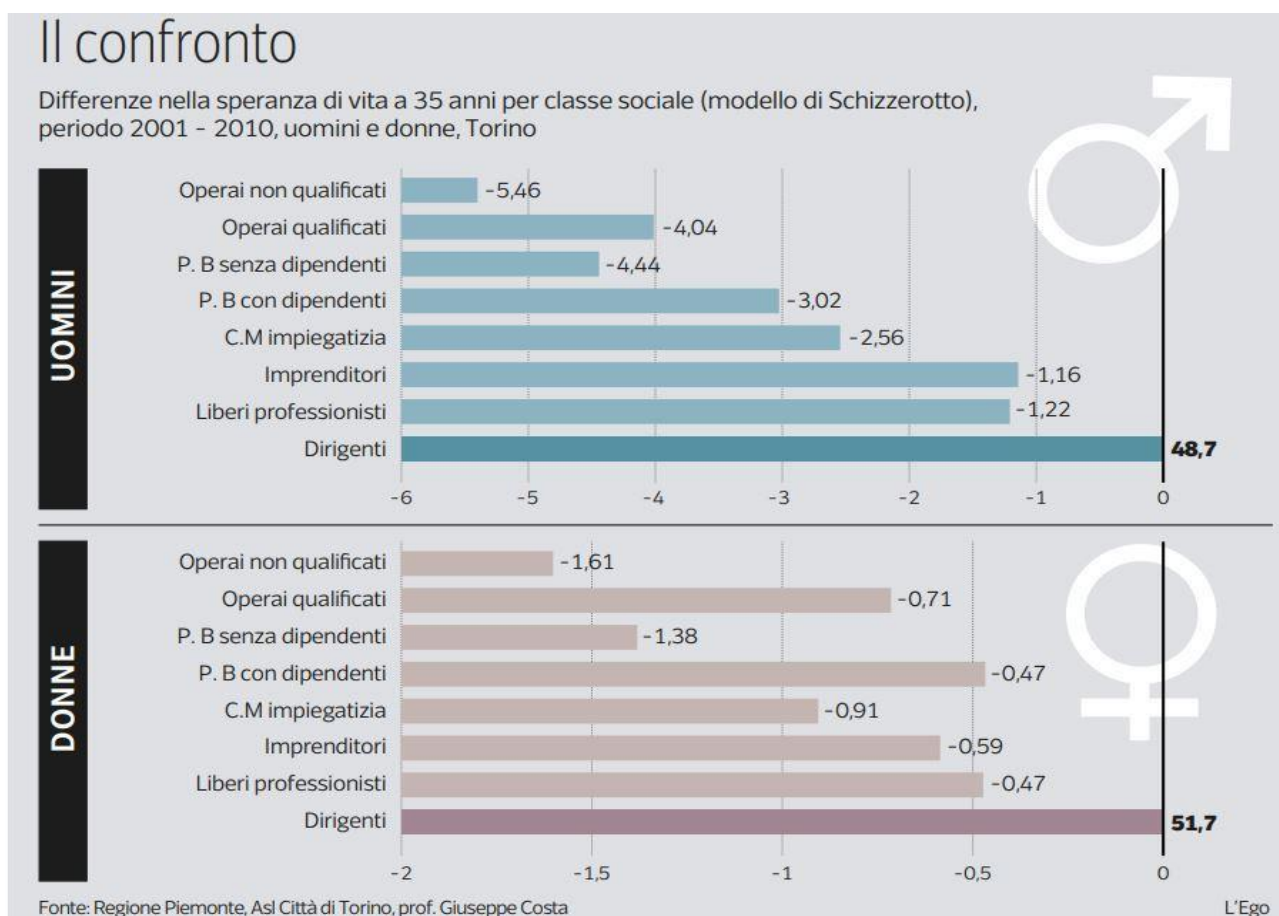


Figura 3.2

Un altro dato importante, questa volta a livello nazionale, lo possiamo trarre dall'Indagine Multiscopo della Salute dell'Istat, che evidenzia la graduatoria delle malattie più disuguali (figura 3.3), malattie che sono causa di eccessi di morte tra le persone di bassa istruzione.

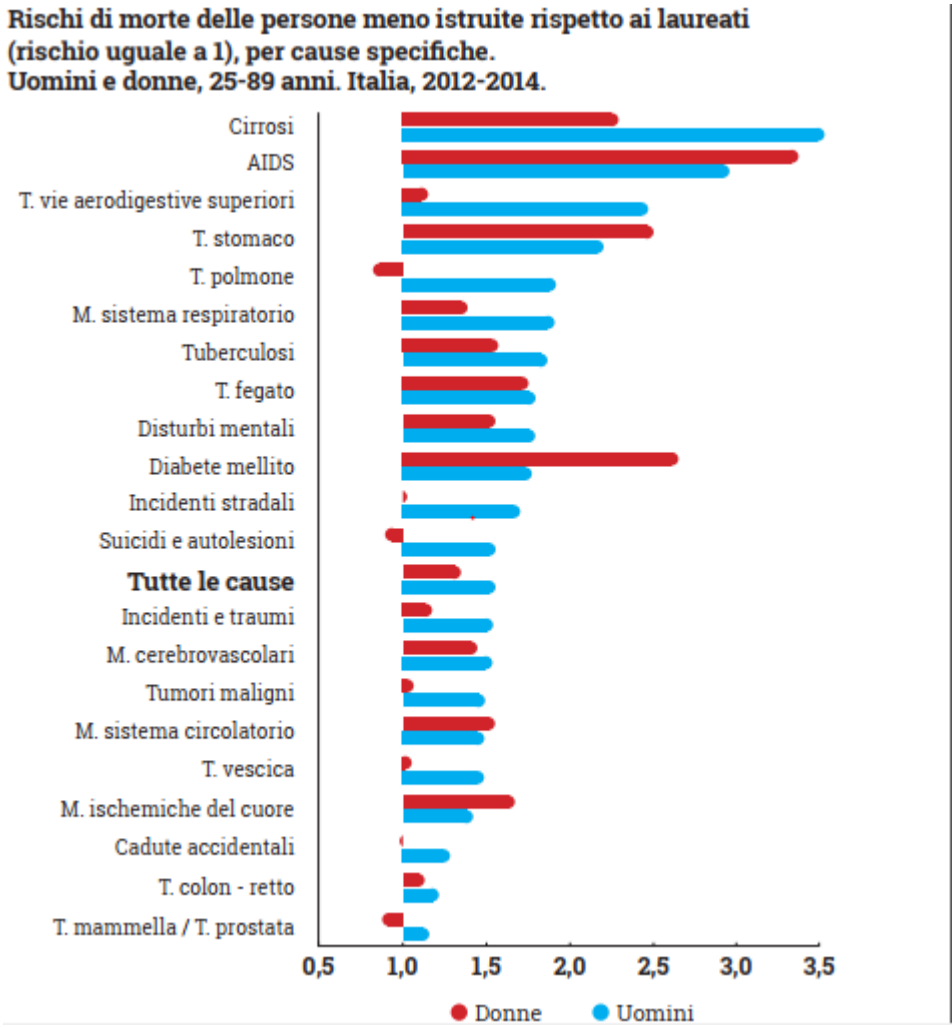


Figura 3.3 (Giuseppe Costa, 2017)

Dalla figura 3.3 si rileva che a parità di età, molti degli stili di vita malsani sono in genere più frequenti tra i meno istruiti. Solo il 13% delle persone con alta istruzione fuma, percentuale che sale al 22% tra coloro che hanno frequentato al massimo la scuola dell'obbligo; il 7% di chi ha un titolo di studio elevato è obeso e il 52% è sedentario, contro il 14% e il 72% rispettivamente tra i meno istruiti; per l'abuso di alcol invece, non sembrerebbe evidenziarsi una differenza statisticamente significativa tra i diversi livelli di studio.

Le differenze non sono solo individuali ma anche di contesto, osserviamo (Figura 3.4) la cattiva salute percepita misurata nell'indagine Multiscopo della Salute del 2013 e vediamo le differenze di prevalenza per titolo di studio, in ordine di distribuzione geografica.

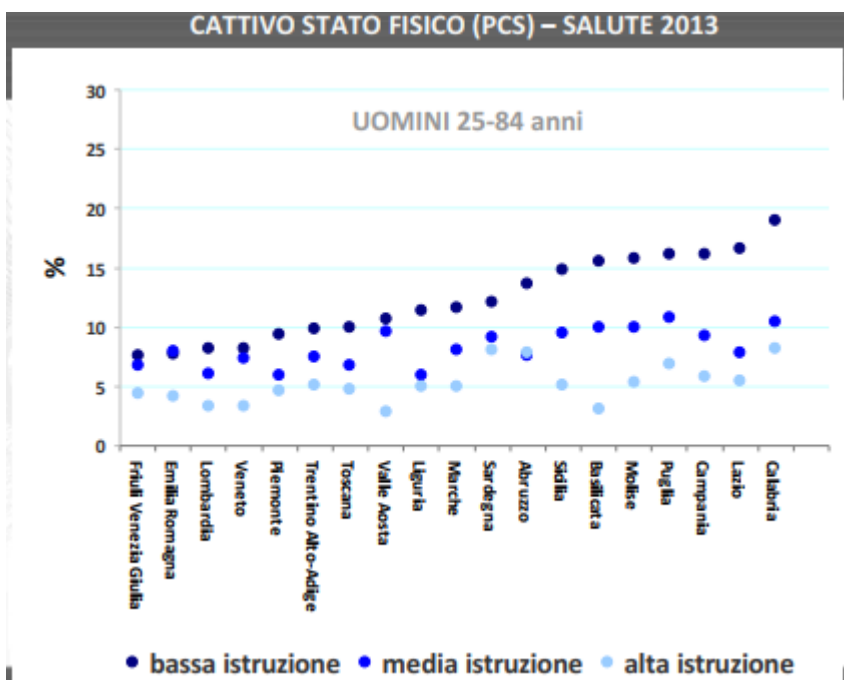


Figura 3.4 (Istat, 2013)

Dalla figura 3.4 si rileva che queste differenze non sono della stessa intensità, infatti nelle regioni del Nord e in Toscana, essere di bassa posizione sociale fa comunque male ma fa meno male rispetto alla realtà del Mezzogiorno.

Questa variabilità ci dice che c'è qualcuno che ha saputo far meglio di qualcun altro, quindi che queste differenze sono migliorabili.

Per quanto riguarda l'accesso alle cure i dati delle indagini Istat degli ultimi quindici anni mostrano come il ricorso al medico di medicina generale, ai farmaci prescrittibili e al ricovero, grazie all'assenza di barriere economiche all'accesso, si sia mantenuto più elevato tra le persone meno istruite, che esprimono un maggior bisogno di salute e ricorrono maggiormente alle cure ospedaliere per condizioni evitabili.

Viceversa, il ricorso alle visite specialistiche, che in molti casi prevede una compartecipazione alla spesa da parte dell'utente, risulta essere più frequente tra le persone di alta posizione sociale.

3.2 I meccanismi nel contesto italiano

Questi dati rispecchiano solo un piccolo campione delle disuguaglianze in Italia.

Esse interessano tutte le dimensioni della salute: salute fisica, mentale, la mortalità, salute soggettiva.

Questo significa che le disuguaglianze socio-economiche sono il singolo determinante, dopo l'età, che spiega di più le variazioni di salute nella nostra popolazione.

Abbiamo visto che le disuguaglianze per loro natura interessano tutte le dimensioni della posizione sociale: il titolo di studio, reddito e classe sociale.

Tutte le posizioni sono interessate dalle disuguaglianze, ciò significa che ricadono sotto la responsabilità di diverse categorie di politiche.

Le disuguaglianze, per loro natura accadono sia su base individuale, sia su base di contesto.

Su base individuale significa che lo stato di salute dipende dalla quantità di risorse che ha ogni individuo, Abbiamo visto che guardando il contesto globale, quello Europeo, quello Italiano o Torinese avere più risorse equivale ad essere più in salute e avere meno risorse significa meno salute.

Abbiamo visto che ci sono effetti dei contesti geografici, sia tra i paesi ma anche all'interno degli stessi come ad esempio nelle regioni del Mezzogiorno avere poche risorse individuali fa molto peggio alla salute.

Questo vuol dire che le disuguaglianze sono sotto la responsabilità di diversi livelli di politiche.

Le politiche che hanno responsabilità di distribuire risorse individuali sono quelle dell'Istruzione, dello Sviluppo Economico, del Lavoro, ecc...

Quelle che hanno capacità di moderare l'effetto sulla salute del contesto sono quelle sotto la responsabilità delle regioni, dei comuni, delle ASL, ecc...

Si può considerare che la direzione è sempre a svantaggio dei più sfavoriti, a parte le poche eccezioni.

Questo vuol dire che c'è un forte problema di giustizia sociale, che non consente di raggiungere adeguati risultati di salute per tutti.

Un altro aspetto che abbiamo notato è relativo all'intensità delle disuguaglianze, che cambiano per aree geografiche e nel tempo.

Nel secondo capitolo abbiamo visto che non esiste quasi mai una soglia, un livello sopra o sotto il quale si è protetti da queste disuguaglianze, questo vuol dire che non è possibile concentrarsi solamente su politiche selettive ma occorre usare politiche universalistiche proporzionali al bisogno.

La storia che abbiamo raccontato può essere rivelatoria di diversi meccanismi.

Richiamando il modello della salute di Solar & Irwin nel primo capitolo, abbiamo osservato come dall'esposizione ai fattori di rischio nasce il danno alla salute, ma in realtà essa è influenzata dalla posizione sociale e viceversa e il tutto è immerso nel brodo del contesto sociale a cui le politiche cercano di rispondere.

Il meccanismo principale osservato è quello della stratificazione sociale, infatti da questo dipende il controllo sulle risorse materiali, di status e di legami (rete sociale).

Il secondo meccanismo è come la posizione sociale influenza la dose di fattori di rischio (rischi psico-sociali, comportamentali, ambientali e accessibilità ai servizi).

Riguardo al primo meccanismo, la responsabilità è delle politiche del lavoro, dello sviluppo economico, della scuola, fiscali, pensionistiche, ecc...

Riguardo all'effetto della posizione sociale e sui fattori di rischio è compito della sanità, attraverso i piani regionali di prevenzione e programmazione sull'assistenza sanitaria, che agiscono sui meccanismi allocativi o sulla personalizzazione degli interventi di prevenzione e assistenza.

3.3 Conclusioni

La situazione più favorevole dell'Italia rispetto agli altri paesi in tema di disuguaglianze sociali della salute conforta sulla capacità protettiva che hanno alcune risorse tipiche del paese, come la dieta mediterranea, il sostegno della rete familiare, il ruolo del servizio sanitario nazionale: la loro distribuzione universalistica è un punto di forza da proteggere e rafforzare.

Ciononostante, i determinanti sociali di salute rimangono una delle più importanti spiegazioni delle variazioni di salute nella popolazione italiana e quindi rappresentano un bersaglio importante per

guadagnare salute, migliorare il capitale umano del paese e diminuire la pressione sul fabbisogno di assistenza.

Nonostante l'equità nella salute trovi fondamento nella Costituzione e nella legge istitutiva del SSN ribadisca che "la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il servizio sanitario nazionale" abbiamo visto come nel paese persistono sacche di disuguaglianza nella fruizione di tale diritto.

Il livello di salute di una società non dipende unicamente dalle capacità del sistema sanitario di erogare cure universali e appropriate e di tutelare il benessere fisico e mentale dei cittadini ma anche - in buona parte - dalle condizioni di vita in cui gli individui nascono, crescono, vivono, lavorano ed invecchiano ed è spiegata dai meccanismi noti che abbiamo osservato

Le disuguaglianze, che non sono eticamente accettabili, possono essere in buona misura aggredite attraverso politiche e investimenti mirati, in quanto, almeno in parte, se ne conosce il meccanismo generatore.

La globalità e l'intersectorialità, che dovrebbero contrassegnare i piani e programmi per l'equità di salute, sono anche il punto più difficile da marcare, in una società in cui la divisione in comparti stagni delle responsabilità e delle risorse e la rendicontazione per adempimenti e non per risultati rappresentano ostacoli spesso insormontabili e a volte anche giustificati da conflitti di priorità tra i vari settori.

Il Servizio Sanitario Nazionale si dovrebbe impegnare ad assegnare alta priorità al contrasto e alla moderazione dell'impatto sulla salute dei determinanti sociali nelle principali occasioni di programmazione ordinaria e straordinaria delle politiche nel paese e nelle regioni.

In particolare per quanto riguarda le politiche sanitarie il patto per la salute e i relativi atti di programmazione sanitaria ad esso collegati dovrebbero indirizzare la sanità verso una maggiore equità di accesso ed esito dell'assistenza sanitaria.

Per quanto riguarda le politiche non sanitarie il Ministero e gli assessorati delle regioni dovrebbero impegnarsi a riferire sui risultati agli altri Ministeri e alla Conferenza delle Regioni affinché le competenze che Governo e Regioni hanno sulle altre politiche che possono influenzare i determinanti sociali di salute (sviluppo economico, occupazione e lavoro, scuola, welfare e

territorio) vengano esplicitamente sollecitate a valutare e dimostrare l'impatto sulle disuguaglianze di salute delle politiche di competenza e identificare come possano essere ricalibrate per concorrere a ridurre le disuguaglianze di salute.

Numero parole: 7104

Bibliografia

- Costa, G., 2015. *Contrastare le iniquità: risultati e prospettive future*. Reggio Emilia, s.n.
- Edoardo Missoni, G. P., 2016. *Elementi di salute globale : globalizzazione, politiche sanitarie e salute umana*. Milano: Angeli.
- Edoardo Missoni, G. P., 2016. *La salute sostenibile*. Milano: FrancoAngeli.
- Gavino Maciocco, F. S., 2014. *La salute globale : determinanti sociali e disuguaglianze*. Roma : Carocci Faber.
- Giuseppe Costa, M. S. N. Z. M. D., 2017. *40 anni di salute a Torino*. Torino: s.n.
- Ministero della Salute, 2017. *L'Italia per l'equità nella salute*, Roma: s.n.
- OMS, 2008. *Closing the Health Gap In a Generation*. s.l.:s.n.
- Osservatorio Italiano sulla Salute Globale, 2011. *Salute Globale InFormAzione per cambiare*. Pisa: ETS.
- Richard Wilkinson, K. P., 2012. *La misura dell'anima*. Milano: Feltrinelli.
- UNICEF, 2018. *Partire svantaggiati: La disuguaglianza educativa tra i bambini dei paesi ricchi, Innocenti Report Card no. 15.*, Firenze: s.n.