

Indice

Introduzione	01
Prefazione all'edizione italiana	02
Executive summary	03
Le disuguaglianze nello stato di salute e il loro impatto sulle famiglie vulnerabili	06
Il ciclo di vita delle famiglie vulnerabili	14
Maternità e infanzia	16
Adolescenza	20
Età adulta e lavorativa	24
Vecchiaia e maggiore fragilità	28
Soluzioni integrate per migliorare i risultati in tutte le fasi della vita	33
Fare la differenza	37
Note	42
Contatti	46

Introduzione

Il rapporto del Deloitte Centre for Health Solutions *“Diseguaglianze sociali e stato di salute - Rompere il circolo vizioso”* analizza l’impatto dei determinanti sociali sulle disuguaglianze di salute nell’Europa occidentale.

Il nostro approccio comprende una sintesi del vasto corpus di ricerche disponibili in ambito accademico e di policy sulle disuguaglianze sociali e sulle determinanti sociali della salute, un’analisi dei numerosi dataset dei parametri sanitari nazionali e internazionali e la presentazione di buone prassi comprovate. Oltre a fornirci gli strumenti per comprendere a fondo una questione altamente complessa, questo rapporto ha messo in evidenza che, quando si tratta dei paesi ad alto reddito, le disuguaglianze sanitarie sono maggiori all’interno del paese che tra i diversi paesi.

Data la vastità delle ricerche condotte su questa materia, il rapporto si prefigge di esaminare le sfide che dovrà affrontare l’Europa occidentale nel ridurre le disuguaglianze dalla prospettiva delle fasce più svantaggiate della società, dove una gestione carente delle cause delle disuguaglianze e degli effetti sulla salute ha portato ad identificare gruppi definiti di famiglie vulnerabili e problematiche.

Abbiamo sviluppato una serie di profili che rappresentano i diversi membri di una famiglia vulnerabile “tipo”. Concentrandoci su questo gruppo relativamente piccolo, ma importante dal punto di vista economico, di persone svantaggiate, siamo inoltre riusciti a esplorare l’impatto dei livelli di svantaggio sociale tra le diverse generazioni. La nostra ipotesi è che, se si individuano i sistemi, i processi e gli interventi che potrebbero aiutare i paesi ad affrontare le sfide poste dalle fasce più vulnerabili della popolazione, gli stessi potrebbero essere adottati per migliorare le disuguaglianze nello stato di salute più in generale.

Di conseguenza, i dati della nostra ricerca vengono esposti in modo volutamente diverso, provocatorio, che suscita riflessioni, per stimolare il dibattito e la discussione sull’eventuale portata a livello nazionale delle sfide e delle soluzioni individuate.

Ci auguriamo che il rapporto stimoli interventi non solo rivolti ai bisogni delle famiglie vulnerabili, ma che contribuiscano anche a ridurre nel complesso le disuguaglianze nello stato di salute.

Come sempre, attendiamo il vostro riscontro e suggerimenti per futuri ambiti di ricerca.

Karen Taylor
Director Centre for Health Solutions

Mette Lindgaard
Global Partner Social Services

Rebecca George
Lead Partner Public Sector UK

Prefazione all'edizione italiana

Nella società europea si va sempre più affermando il concetto di salute come chiave per lo sviluppo umano, sociale ed economico, come indicato anche da "Health 2020" (OMS, 2011), il modello di policy europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità che ha come obiettivo per il 2020 il raggiungimento di standard di salute e benessere migliori e la riduzione delle disuguaglianze di salute, attraverso un'azione trasversale al governo e alla società.

Lo studio qui presentato, *Diseguaglianze sociali e stato di salute - Rompere il circolo vizioso*, illustra in maniera estensiva come lo stato di salute di un individuo dipenda non solo dalle variabili strettamente sanitarie (accesso all'assistenza medica, stile di vita), ma anche e soprattutto dalle cosiddette *Social Determinants of Health*, le determinanti sociali della salute. Come di seguito dettagliato, la necessità, anche per i paesi ad alto reddito, è quella di assumere un approccio olistico alla definizione delle policy di salute.

L'Italia non può esimersi da questo confronto. Lo studio ISTAT "La misurazione delle diseguaglianze nella mortalità per causa secondo il livello di istruzione. Anni 2012-2014"⁰, pubblicato nel 2016, mostra come in Italia lo svantaggio per titolo di studio in termini di tasso di mortalità abbia un gradiente che aumenta al diminuire del titolo di studio. Lo stesso vale per la speranza di vita.

Già nel Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018, il Ministero della Salute ha identificato come necessario un approccio efficace e sistematico per affrontare la lotta alle disuguaglianze nello stato di salute. Per raggiungerlo, il PNP delinea un sistema di azioni che agiscano sull'intero ciclo di vita delle famiglie, e che garantiscano la trasversalità degli interventi tra i diversi settori, istituzioni, servizi, aree organizzative.

La sfida italiana, dunque, è quella di tradurre in pratica questo approccio, al fine di essere all'altezza delle sfide che i sistemi di welfare si trovano oggi ad affrontare, quali l'innalzamento dell'aspettativa di vita, il progressivo invecchiamento della popolazione e la scarsità di risorse pubbliche. Per farlo, è necessario adottare un'ottica integrata, che superi il tradizionale approccio "a silos" degli interventi pubblici italiani, sia a livello finanziario che professionale, e che favorisca il raggiungimento di obiettivi di natura perequativa e di eliminazione della trasmissione intergenerazionale delle disuguaglianze.

Deloitte, nello spirito del proprio motto "Make an impact that matters", si impegna a diffondere i risultati dello studio qui presentato, sottolineando l'importanza di includere le determinanti sociali della salute nel dialogo tra i molteplici stakeholder per la definizione delle politiche pubbliche, affinché la salute possa davvero essere considerata "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza dello stato di malattia o infermità"¹.

Guido Borsani

Public Sector Leader Italia

L'edizione italiana della presente pubblicazione gode del patrocinio della Fondazione Deloitte

Fondazione Deloitte, costituita nel febbraio 2016, risponde al desiderio di porsi in modo sempre più responsabile e attento di fronte alla società, a cui Deloitte sa di dovere molto e a cui vuole restituire valore, mettendo in campo le proprie risorse e competenze, oltre che instaurando un dialogo con le istituzioni e le realtà di eccellenza presenti sul territorio nazionale e non solo.

Fondazione Deloitte ha un sogno: contribuire a migliorare il mondo attraverso la bellezza, il progresso e il sostegno a chi è bisognoso ed è convinta di poter fare la differenza con interventi sostenibili e mirati in tre ambiti:

- Cultura e beni culturali
- Educazione, istruzione e ricerca
- Emergenze, di carattere nazionale e internazionale

Fondazione Deloitte è impegnata non solo a preservare e valorizzare ciò che di buono ed efficace già esiste, ma nello stesso tempo a sviluppare soluzioni alternative nell'ambito della prevenzione.

www.deloitte.com/fondazionedeloitte

Executive summary

In Europa occidentale, il considerevole innalzamento dell'aspettativa di vita degli ultimi decenni non sempre è correlato a una vita in buona salute; nei fatti, quanto maggiori sono le disparità di reddito all'interno di un paese, tanto maggiori sono le disuguaglianze nello stato di salute e sociali. La mancanza di accesso all'assistenza medica e stili di vita non sani, tradizionalmente addotti a giustificazione delle disuguaglianze nello stato di salute, spiegano solo in parte il fenomeno. Le cause più oppressive sono invece le determinanti sociali della salute, tra cui l'accesso, e la possibilità di cogliere le opportunità, in ambiti come l'istruzione, il lavoro, la casa, i trasporti pubblici e il welfare.

Le disuguaglianze sociali esistono a vari livelli in tutti i paesi, indipendentemente dalla qualità dei servizi socio-sanitari nazionali, con una forte correlazione tra elevata mortalità e riduzione degli anni di vita in salute, da un lato, e deprivazione su base territoriale regionale dall'altro.

In tutta l'Europa occidentale, le famiglie "vulnerabili" o "problematiche", ovvero quelle a contatto con più dipartimenti assistenziali, compresi i servizi sociali per l'infanzia e l'adolescenza, rappresentano una fonte di crescente preoccupazione. Queste famiglie raramente riescono a interrompere la spirale negativa che porta alla povertà costante, alla deprivazione e alla dipendenza transgenerazionale dall'assistenza pubblica. I bambini e gli adolescenti che vivono in famiglie vulnerabili, vale a dire i soggetti maggiormente dipendenti dalle strutture di sostegno familiare, sono maggiormente esposti al rischio di conseguire scarsi risultati nella vita. L'attuale incapacità di impadronirsi delle determinanti sociali della salute per queste famiglie vulnerabili sta creando costi e pressioni sociali che potrebbero essere evitati.

Il rapporto spiega come l'adozione di un approccio che abbraccia tutto il ciclo di vita delle famiglie vulnerabili può migliorare le politiche nella definizione dei target, delle priorità e degli effetti dei servizi in tutte le fasi dell'esistenza. Inoltre, illustra i risultati delle ricerche più aggiornate e fornisce esempi di buone prassi incentrati sui seguenti ambiti:

- Maternità e infanzia – i capisaldi di tutta la vita
- Adolescenza – stabilire comportamenti sani e costruire resilienza
- Età adulta e vita lavorativa – creare le condizioni per una vita produttiva
- Vecchiaia e crescente fragilità – ottenere una corrispondenza tra la durata e la qualità della vita
- Approccio integrato e olistico – migliorare i risultati in tutte le fasi della vita.

Garantire a ogni bambino le migliori condizioni di vita sin dall'inizio rappresenta un buon viatico per ottenere grandi vantaggi sociali e sanitari. Tuttavia, rompere il circolo vizioso della interdipendenza per le generazioni future richiede anche un miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro dei membri adulti e anziani delle famiglie.

Deloitte ritiene che risolvere il problema delle disuguaglianze per i membri più vulnerabili della società possa gettare le fondamenta per la riduzione generale delle disuguaglianze di salute e che un cambiamento sostenibile si potrà ottenere se tutte le forze politiche, i fornitori dei servizi pubblici, le agenzie e gli altri stakeholder saranno preparati a:

- Impegnarsi in attività che vanno oltre i confini istituzionali e professionali; contestualmente, il settore pubblico dovrà prendere decisioni collettive su come e dove investire in azioni congiunte per ottenere risultati migliori
- Adottare un approccio di case management coordinato con un punto di gatekeeping locale per l'accesso ai servizi
- Utilizzare strategicamente i dati e la tecnologia digitale in modo efficace per la pianificazione e l'erogazione dei servizi
- Fornire livelli adeguati di finanziamento in ambito socio-sanitario, sulla base della valutazione economica dei costi-benefici e prendere in esame l'introduzione di nuovi modelli di finanziamento integrato e di incentivi coerenti in tutte le parti del sistema.

In tutti i paesi europei c'è ampio margine per un lavoro congiunto più efficace nella gestione delle determinanti sociali della salute e nella riduzione delle disuguaglianze sociali. Si tratta di un imperativo morale ed economico per i paesi se vogliono offrire a tutti un futuro equo, sicuro e sano.

Le disuguaglianze sociali esistono a vari livelli in tutti i paesi, indipendentemente dalla qualità dei servizi socio-sanitari nazionali, con una forte correlazione tra elevata mortalità e riduzione degli anni di vita in salute, da un lato, e deprivazione su base territoriale, dall'altro.

Le cifre "negative" della disuguaglianza sanitaria

Il prezzo elevato della disuguaglianza sanitaria



Nell'Unione Europea la disuguaglianza nello stato di salute contribuisce a

700.000 decessi e **33m** di casi di **malattie**.



Ogni anno, a causa delle **diseguaglianze nello stato di salute**, si ha una riduzione della **produttività del lavoro** pari all' **1,4%** ... **46%** sulla spesa. (€146 mld) del PIL europeo.

Da una ricerca danese

Il **10%** dei **beneficiari di aiuti sociali** più vulnerabili incide per il...



Vulnerabilità lungo il ciclo di vita

Maternità e infanzia

Nel Regno Unito, il tasso di mortalità infantile nelle fasce socio-economiche più basse è il **doppio** di quello delle fasce socio-economiche più alte.

L'**aspettativa di vita di un bambino** aumenta al compimento del **1°** anno, vale a dire che il **primo anno di vita è il più vulnerabile**.

Ogni **anno aggiuntivo di istruzione ricevuta dalla madre** comporta una **riduzione del 7-9% del tasso di mortalità** tra i bambini sotto i **5 anni**.

Adolescenza

I ragazzi europei con il **massimo livello di istruzione** hanno un'aspettativa di vita di **5,6 anni** superiore rispetto ai meno istruiti.

Molto deprivate **Molto ricche**
Il **40%** dei bambini inglesi che vivono **in aree molto povere** è **sovrappeso**, contro appena il **27%** delle **aree ricche**.



I lavoratori a **basso reddito** sono maggiormente **esposti a rischi sanitari**.

Età adulta e lavorativa

Dal 1970 al 2007 per ogni **1%** di **incremento della disoccupazione in Europa** vi è stato un **aumento dei suicidi dello 0.79%** nell'età lavorativa.

In Danimarca, tra i casi di mortalità attribuibili alla disuguaglianza sociale, **le morti per fumo e alcol** incidono per il **64%**

Il **10%** delle comunità più povere in Inghilterra possiede fino a **5 volte meno spazi verdi** del 20% delle più ricche.



Vecchiaia

Per le persone più anziane nelle fasce socio-economiche più basse, la probabilità di contrarre **malattie croniche** aumenta del **30-65%**

Un'elevata incidenza di condizioni abitative compromesse è correlata a un **numero minore di anni di salute** rimanenti dopo i 65.

Il **69%** degli europei senza competenze digitali di base ha oltre **55 anni**.

La probabilità che persone anziane con redditi più bassi usi il web è **5 volte inferiore** rispetto a quelle con i redditi più alti.



Le disuguaglianze nello stato di salute e il loro impatto sulle famiglie vulnerabili

“La vita... forma una lunga catena ininterrotta di generazioni, in cui i figli diventano i genitori e l'effetto diventa la causa”.

Rudolf Virchow, 1858²

Secondo l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), la salute è “uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza dello stato di malattia o infermità”; la salute comprende anche la capacità di una persona di condurre una vita produttiva a livello sociale ed economico.

Da sempre, i risultati sanitari vengono valutati misurando l'aspettativa di vita alla nascita e all'età di 65 anni. Durante il ventesimo secolo, l'aspettativa di vita è aumentata considerevolmente tra le popolazioni dei paesi più ricchi del mondo, passando da 50 a oltre 75 anni, grazie ai progressi nella sanità pubblica, nell'alimentazione e nella medicina, come ad esempio:

- Campagne di vaccinazioni e antibiotici che riducono drasticamente la mortalità infantile
- Migliori condizioni di salute e sicurezza che riducono i rischi nelle attività lavorative manuali
- Diminuzione del numero di fumatori.

L'aspettativa di vita alla nascita ora supera gli 84 anni in Giappone e si attesta attorno agli 81 anni nella maggior parte dei paesi dell'Europa occidentale.

Il costante aumento dell'aspettativa di vita si deve quasi interamente alla diminuzione della mortalità in tarda età, attribuibile ai sostanziali progressi compiuti nella riduzione dei decessi per malattie cardiache, ictus, fumo e altre cause risolvibili con un intervento medico.³

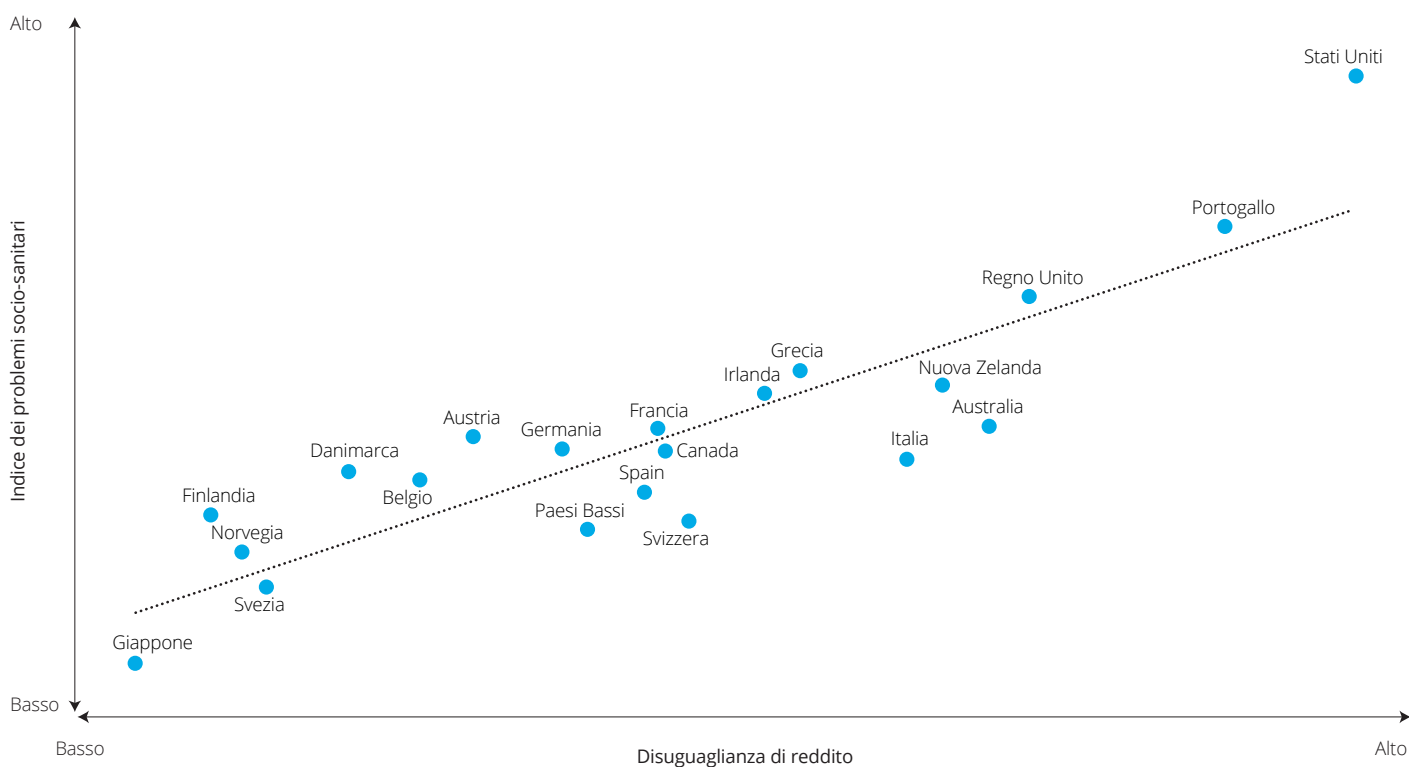
Comprendere le disuguaglianze nello stato di salute

Una maggiore aspettativa di vita non è sempre correlata a una vita condotta in buona salute. Le persone vivono più a lungo, spesso però con patologie multiple complesse e di lungo termine. Di conseguenza, una misura importante della salute relativa delle popolazioni nell'Unione Europea la danno alcuni indicatori come l'HLY (anni di vita in buona salute). Tra il 2010 e il 2014 non è stato registrato pressoché alcun miglioramento dell'indicatore HLY per gli uomini e le donne in molti paesi dell'Unione Europea, e in alcuni casi si è assistito persino a un peggioramento.⁴

Sebbene in gran parte dei paesi dell'Europa occidentale vi sia stato un incremento dell'aspettativa di vita, negli ultimi decenni si è registrato anche un considerevole aumento delle disuguaglianze sociali. Un confronto tra i paesi mostra che esiste una relazione diretta tra le disuguaglianze di reddito e i problemi socio-sanitari, in parte attribuibile a una minor coesione sociale (vedere Figura 1).⁵

Secondo l'OMS la salute è “uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza dello stato di malattia o infermità”; la salute comprende anche la capacità di una persona di condurre una vita produttiva a livello sociale ed economico.

Figura 1. I problemi socio-sanitari sono più gravi nei paesi dove le diseguaglianze sono maggiori



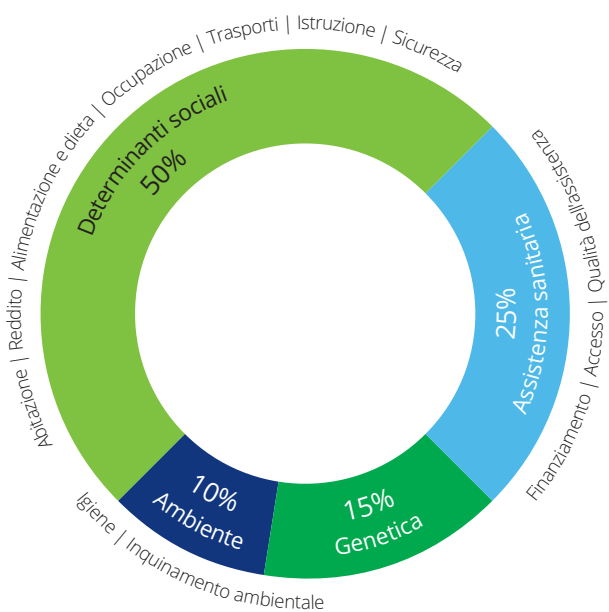
Fonte: The Spirit Level, 2009

Le diseguaglianze nello stato di salute dipendono da numerosi fattori correlati e sovrapposti. Esiste una distinzione importante tra le diseguaglianze intrinseche allo stato di salute (ad esempio

genetiche) e quelle causate da sistemi e strutture sociali, privilegi e potere, potenzialmente evitabili (note come *iniquità* di salute).

Figura 2. I fattori esterni all'assistenza sanitaria e non controllabili dall'individuo condizionano i risultati sanitari

Figura 2a. Le determinanti dell'assistenza sanitaria e il loro contributo ai risultati sanitari

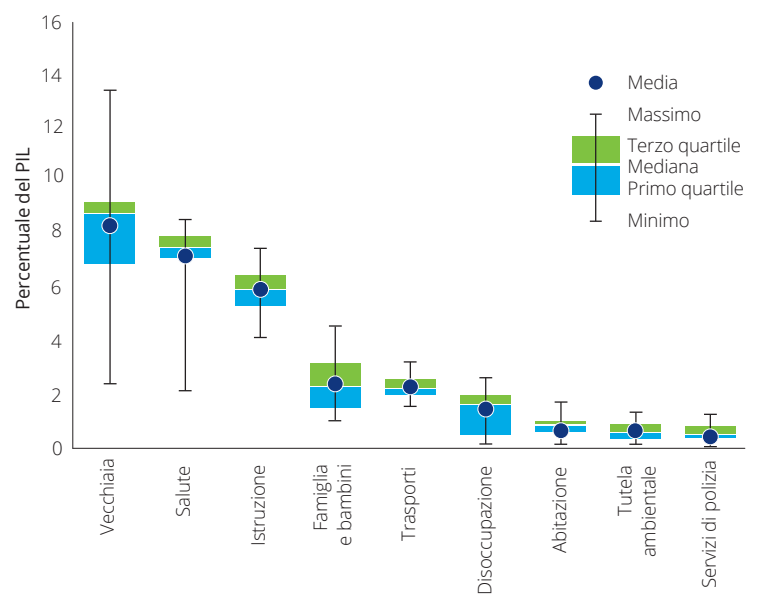


Fonte: Deloitte Centre for Health Solutions, 2017; Eurostat, 2015

La mancanza di accesso all'assistenza medica e gli stili di vita non sani, tradizionalmente addotti a giustificazione delle disuguaglianze nello stato di salute, spiegano solo in parte le differenze nello stato di salute stesso.⁶ Le ricerche dimostrano che l'assistenza sanitaria incide al massimo per il 15-25% sui risultati sanitari (vedere Figura 2a).^{7,8,9} L'analisi dei dati Eurostat mostra che l'assistenza sanitaria e l'assistenza agli anziani sono le due principali voci della spesa pubblica (vedere Figura 2b).¹⁰

Le differenze nello stato di salute sono influenzate dagli stili di vita personali, dalla disponibilità di reti di sostegno sociale, dalle condizioni di vita e di lavoro, dall'accesso all'istruzione e dalla consapevolezza dei vantaggi derivanti dalla stessa, dall'occupazione, dall'assistenza sanitaria, dall'alimentazione, dai servizi di welfare, dalle abitazioni, dal trasporto pubblico e da altri comfort. Queste vengono comunemente definite le determinanti sociali della salute (*social determinants of health, SDOH*), ovvero le condizioni in cui le persone nascono, crescono, vivono, lavorano e invecchiano. I fattori SDOH sono condizionati da una serie di forze economiche, politiche e ambientali inestricabilmente legate tra loro, esercitate a livello globale, nazionale e locale.¹¹

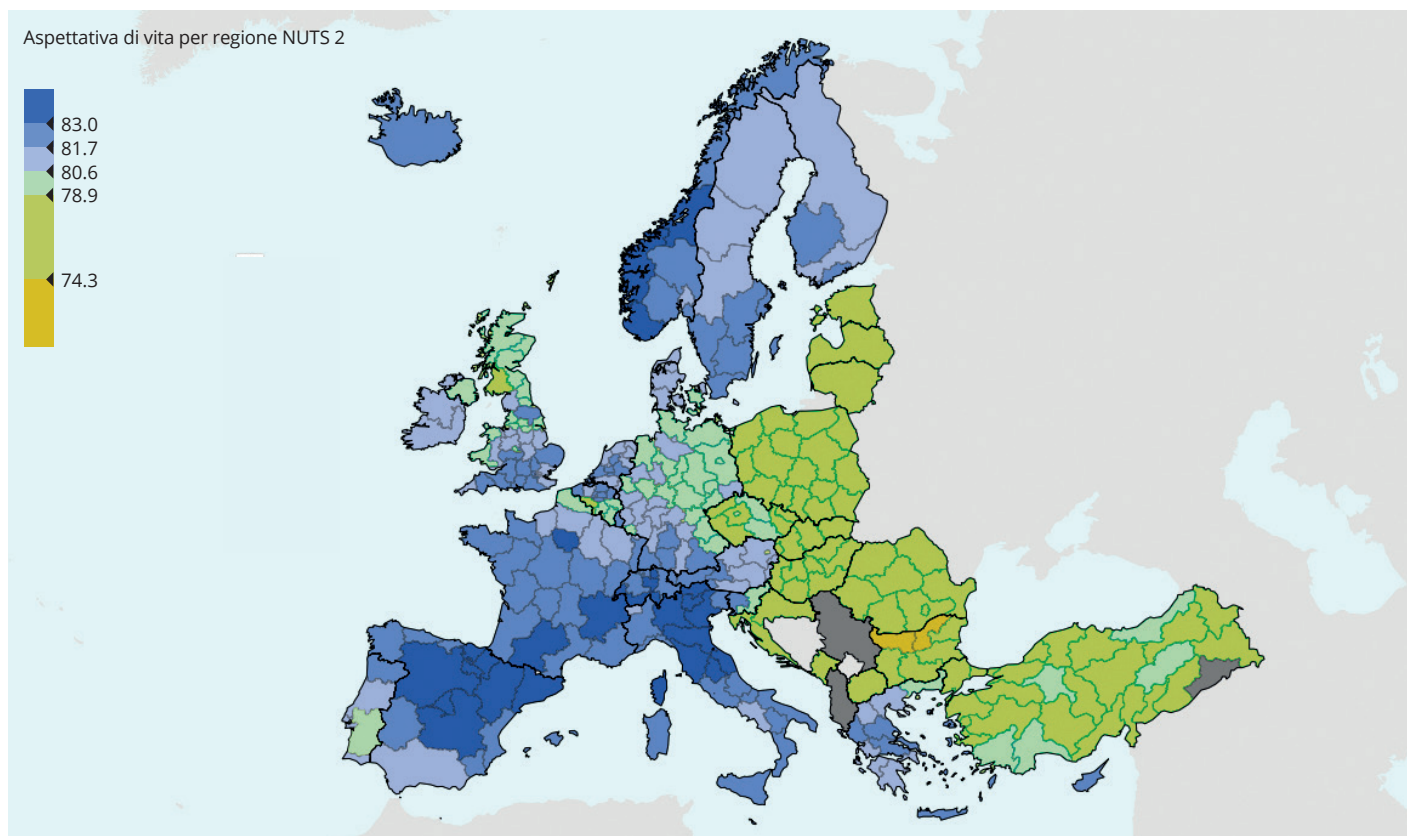
Figura 2b. Spesa pubblica media per alcuni fattori determinanti della salute (come percentuale del PIL) nei paesi dell'Europa occidentale



Spesa pubblica per categoria (secondo la definizione della Classificazione delle funzioni governative dell'ONU)

La povertà e le privazioni sono al primo posto nella scala dei fattori che creano disuguaglianza nello stato di salute e in quello sociale. Inoltre, grazie alle maggiori conoscenze di epigenetica, sappiamo che le cause genetiche e sociali di una malattia non sono mutualmente esclusive. Ad esempio, uno specifico gene patogeno potrebbe essere espresso solo in presenza di un evento scatenante derivante dalle SDOH.^{12, 13, 14}

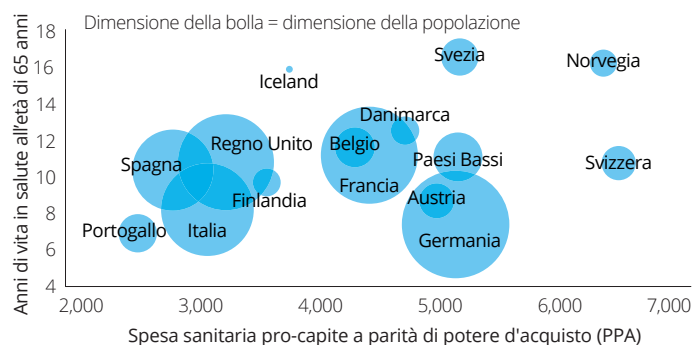
Figura 3. Le variazioni a livello nazionale dell'aspettativa di vita sono in linea con le cattive condizioni socio-economiche



Fonte: Eurostat, 2015

Le disuguaglianze nello stato di salute possono sembrare un fenomeno ovvio quando si mettono a confronto i paesi ad alto reddito con quelli a basso reddito. Tuttavia queste esistono anche all'interno dei singoli paesi, indipendentemente dalla qualità del loro sistema socio-assistenziale. Le economie ad alto reddito con sistemi socio-sanitari migliori generalmente investono ingenti risorse per migliorare lo stato di salute e sociale dei cittadini, il che porterebbe ad aspettarsi un minore divario nelle disuguaglianze dello stato di salute, ma in realtà spesso non è così. La Figura 3 illustra la disuguaglianza nell'aspettativa di vita in Europa, dove, nella maggior parte delle regioni, un più elevato tasso di mortalità è in linea con un più basso livello di benessere regionale.¹⁵ Il rapporto tra la spesa dei paesi per l'assistenza sanitaria e i risultati sanitari misurato con gli HLY è complesso, e la spesa spiega solo una parte minima dei risultati (vedere Figura 4).^{16, 17}

Figura 4. Rapporto tra spesa sanitaria pro-capite ed anni di vita in salute all'età di 65 anni



Fonte: OCSE, 2014; Banca Mondiale, 2015

Un recente studio ha esaminato i dati sui tassi di mortalità tra il 1990 e il 2010 in 11 paesi europei raggruppati per livello di istruzione e categoria occupazionale, allo scopo di stabilire se gli sforzi dei governi europei per ridurre le disuguaglianze nello stato di salute abbiano prodotto una differenza nel trend della mortalità all'interno dei diversi gruppi socio-economici. Lo studio ha misurato le disuguaglianze in termini assoluti e relativi, evidenziando l'esistenza di un marcato declino della mortalità nelle fasce socio-economiche più basse della popolazione nella maggior parte dei paesi europei. Le disuguaglianze relative sono aumentate pressoché in tutto il mondo a causa del fatto che le diminuzioni percentuali erano in genere minori nei gruppi con livelli socio-economici inferiori (in termini assoluti le diminuzioni erano spesso minori nei gruppi con livelli socio-economici superiori). Inoltre, sebbene molti paesi avessero sviluppato e implementato politiche nazionali per risolvere le disuguaglianze nello stato di salute, non risultavano differenze sistematiche nei trend di mortalità tra i paesi con o senza strategie.¹⁸

La mancanza di un approccio efficace al miglioramento delle determinanti sociali della salute sta causando pressioni - che sarebbero altrimenti evitabili - sui costi e sulle risorse dei sistemi assistenziali in Europa.

I costi evitabili delle disuguaglianze

In termini economici, la salute può essere considerata sia un bene capitale che di consumo:

- Secondo il concetto di "salute come bene capitale", le persone in buona salute dispongono di un valore economico superiore rispetto a quelle in cattiva salute, grazie alla loro capacità di essere economicamente produttive
- La concezione di "salute come bene di consumo", riguarda invece il contributo offerto da uno stato di buona salute alla felicità, al benessere o alla soddisfazione di una persona.¹⁹

Calcolare il costo della disuguaglianza è intrinsecamente difficile, poiché le ricerche disponibili a riguardo sono limitate. Nel 2010, sulla base della valutazione economica dei dati Eurostat sulla mortalità e la morbilità della popolazione e dei dati dello European Community Household Panel, si è stimato che, all'interno del gruppo EU-25, il numero dei decessi connessi alle disuguaglianze ammontassero a oltre 700.000 all'anno e i casi di malattia a 33 milioni. A queste disuguaglianze era ascrivibile l'equivalente del 20% dei costi sanitari totali (€ 177 Mld) e il 15% dei costi totali delle prestazioni di previdenza sociale. Stando alle stime, le disuguaglianze sanitarie hanno comportato una riduzione della produttività del lavoro pari all'1,4% del PIL su base annua, ovvero 146 miliardi di euro, mentre il valore monetario della riduzione di welfare legata alla disuguaglianza nello stato di salute, si aggira attorno al 9,4% del PIL, ovvero 980 miliardi di euro all'anno. I ricercatori sono arrivati alla conclusione che in Europa i costi delle disuguaglianze nello stato di salute dovute a cattive condizioni socio-economiche siano considerevoli e, sebbene i calcoli siano soggetti a notevole incertezza, le implicazioni economiche potrebbero avallare ingenti investimenti in politiche e strategie di riduzione delle stesse.²⁰

L'analisi della ricerca pubblicata nel Regno Unito nel 2014 dimostra che l'impatto di alcune conseguenze sociali del diverso stato di salute, tra cui il peggioramento dei risultati sanitari e l'aumento del livello di criminalità, potrebbero costare alla nazione fino a 39 miliardi di sterline all'anno. Di questi, 12,5 miliardi di sterline deriverebbero dalla riduzione dell'aspettativa di vita e 25 miliardi di sterline da un più basso livello di salute mentale.²¹

Famiglie vulnerabili: cause ed effetti

“Vulnerabilità non è sinonimo di povertà: non significa assenza o carenza, ma scarsa capacità di difesa, insicurezza, esposizione ai rischi, shock e stress”.

Robert Chambers²²

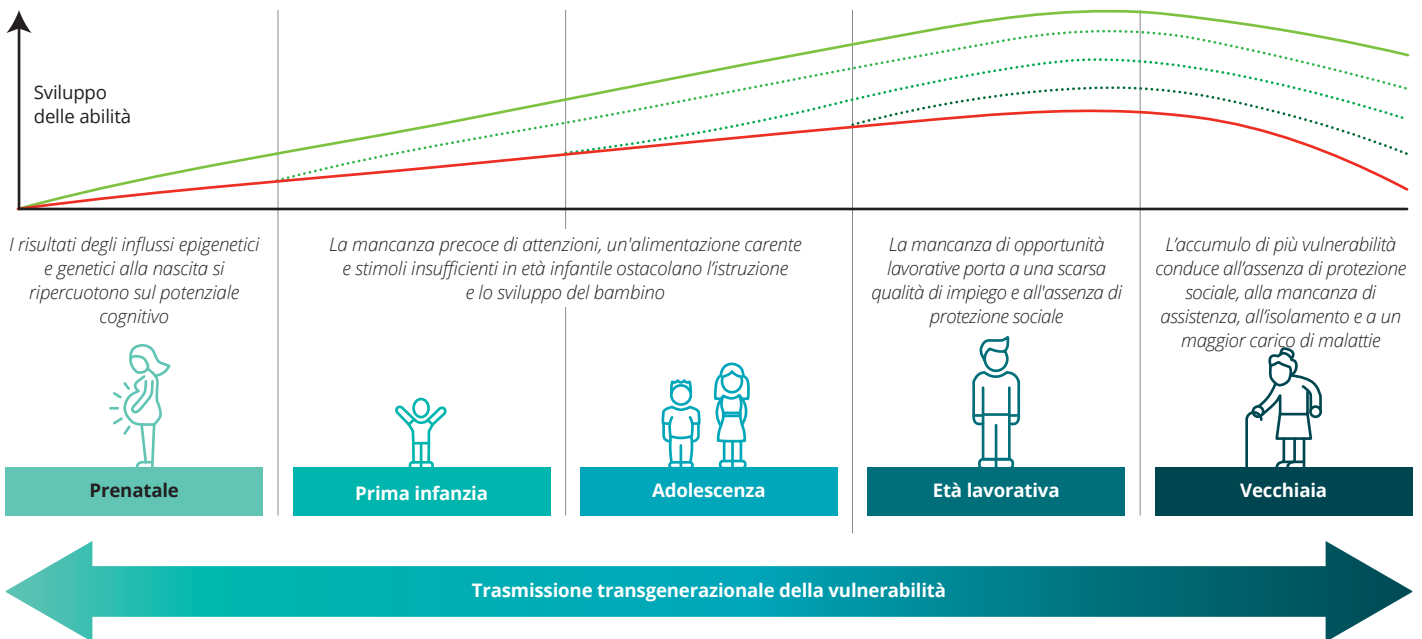
Generalmente, il concetto di vulnerabilità è utilizzato per descrivere l'esposizione a rischi individuali, la capacità delle persone di gestirli e di superare le avversità. Sebbene non esista un unico approccio per definire il concetto di vulnerabilità, le determinanti sociali della salute e del benessere contribuiscono in modo cruciale alla vulnerabilità degli individui in tutti i paesi. Nel corso della vita, le fragilità si sovrappongono: le persone più vulnerabili si trovano ad affrontare numerosi limiti che influiscono sulle opportunità dei singoli di sviluppare capacità sociali e di resilienza. Le ricerche mostrano che le energie mentali delle persone economicamente svantaggiate vengono utilizzate in modo sproporzionato per far fronte a situazioni contingenti, lasciando poco margine alla pianificazione o all'attuazione di interventi per la promozione socio-economica dell'individuo o dei suoi famigliari.²³

Infatti, la condizione che vede la compresenza di situazioni come disoccupazione, svantaggio economico e sociale, spesso viene tramandata di padre in figlio. Ad esempio, da uno studio condotto sulla popolazione danese, emerge che circa il 10% dei soggetti più vulnerabili è responsabile per il 46% della spesa.²⁴ I bambini che crescono in famiglie con genitori disoccupati, con uno scarso livello di istruzione, socialmente emarginati e, in molti casi, con una salute fisica o mentale precaria, sono maggiormente esposti al rischio di abusi sul piano fisico, sessuale ed emotivo, oltre che a problemi psico-fisici.²⁵ Questi faranno inoltre fatica a esprimere il loro potenziale, con conseguenze negative sui loro risultati scolastici, sulle opportunità occupazionali e su una vita in salute.

In tutti i paesi europei, le famiglie vulnerabili rappresentano una fonte di crescente preoccupazione.²⁶ Per famiglie “vulnerabili” o “problematiche” si intendono quelle a contatto con più dipartimenti assistenziali, compresi i servizi sociali per l'infanzia e l'adolescenza. Queste famiglie raramente riescono a interrompere la spirale negativa che porta alla deprivazione costante e alla dipendenza transgenerazionale dall'assistenza pubblica. Si è visto infatti che i bambini e gli adolescenti seguiti dai servizi sociali sin dall'infanzia sono poi spesso i beneficiari dei sistemi di welfare nella vita adulta.²⁷ Questa dipendenza transgenerazionale è quasi sicuramente destinata a produrre una spesa a lungo termine altissima, sebbene ciò non sia quantificabile in modo preciso.²⁸

I bambini e gli adolescenti seguiti dai servizi sociali sin dall'infanzia sono poi spesso i beneficiari dei sistemi di welfare nella vita adulta.

Figura 5. Un investimento precoce permette lo sviluppo di abilità personali e risolve il problema della trasmissione delle vulnerabilità



— Pieno potenziale delle capacità di vita A seconda di quando vengono avviati, gli interventi in età adulta possono aiutare a superare l'impatto degli svantaggi a vari livelli
 — Le vulnerabilità si accumulano nell'arco della vita e compromettono le funzioni complessive

Fonte: Programma delle Nazioni Unite per lo Sviluppo, 2014

Come mostra la Figura 5, vivere in famiglie vulnerabili ostacola lo sviluppo delle capacità nei soggetti maggiormente dipendenti dalle strutture di sostegno familiare, in particolare i bambini e gli adolescenti. Le ricerche dimostrano che alcuni periodi della vita sono particolarmente importanti per lo sviluppo delle funzioni socio-emotive, come i primissimi anni di vita del bambino e le fasi di transizione dalla vita scolastica a quella lavorativa.²⁹

Gli interventi messi in campo per tentare di risolvere il problema spesso non riescono a creare valore (misurabile), a causa di iniziative frammentate e compartimentate.³⁰ Esiste un potenziale significativo per introdurre un approccio preventivo più mirato alla risoluzione delle sfide che perpetuano i problemi delle famiglie vulnerabili, soprattutto nell'infanzia e nell'adolescenza.

Metodologia dello studio

Sono state condotte vaste ricerche in ambito accademico, sociale e di policy sulle SDOH e sulle diversità dello stato di salute a supporto della teoria secondo la quale le disuguaglianze nelle condizioni sanitarie perdurano nel tempo, sono radicate e difficili da sovvertire. Questo studio si basa su articoli di letteratura scientifica, sull'analisi di dati a livello nazionale e internazionale e sulla nostra esperienza di lavoro con i policy maker incaricati di legiferare in materia di salute e previdenza sociale, con le terze parti paganti e i fornitori di servizi sanitari in tutta Europa. Abbiamo analizzato il modo in cui i vari paesi stanno affrontando la sfida di migliorare i risultati sanitari delle famiglie vulnerabili, di aiutare le famiglie vulnerabili a migliorare la propria condizione, e di ridurre le disuguaglianze nello stato di salute. Riteniamo che le conoscenze apprese nello studio della riduzione della vulnerabilità delle famiglie potrebbero essere applicate più diffusamente per contribuire alla riduzione delle disuguaglianze nella società e migliorare le opportunità per tutti i cittadini di vivere una vita sana e produttiva.

Il rapporto spiega come l'adozione di un approccio che abbraccia tutto il ciclo di vita delle famiglie vulnerabili migliora le politiche nella definizione dei target, delle priorità e degli effetti dei servizi. Inoltre, esamina i risultati delle attuali ricerche e individua esempi di buone prassi per:

- Maternità e infanzia
- Adolescenza
- Età adulta e lavorativa
- Vecchiaia e crescente fragilità
- Un approccio integrato e olistico.

Affinché siano efficaci, gli interventi volti a ridurre le disuguaglianze devono coinvolgere più parti dell'amministrazione, locale e centrale, tra cui l'istruzione, i servizi abitativi, i trasporti, l'ambiente, la salute e la previdenza sociale. Le politiche devono riguardare tutti le determinanti sociali della salute, non solo il settore dell'assistenza sanitaria. Risposte non coordinate potrebbero infatti avere l'effetto involontario di aumentare il divario.³¹

Lo studio illustra soluzioni che mettono in evidenza la necessità di riunire gli stakeholder in un'azione collettiva per la risoluzione delle disuguaglianze nello stato di salute, individuando strategie per:

- Promuovere un'adozione più diffusa di buone prassi, comprese nuove modalità di lavoro
- Sviluppare collaborazioni più efficaci tra i servizi di assistenza sanitaria e sociale
- Raggiungere standard di vita migliori
- Ottimizzare i costi nella fornitura di assistenza.

Sebbene il panorama delle buone prassi da cui prendere esempio sia molto vasto, soprattutto nella maggior parte dei paesi nordici e nel Regno Unito, tutti i paesi hanno margini per ridurre le variazioni a livello nazionale.

Affinché siano efficaci, gli interventi volti a ridurre le disuguaglianze devono coinvolgere più parti dell'amministrazione, locale e centrale, tra cui l'istruzione, i servizi abitativi, i trasporti, l'ambiente, la salute e la previdenza sociale. Le politiche di governo devono riguardare tutti le determinanti sociali della salute, non solo il settore dell'assistenza sanitaria.

Il ciclo di vita delle famiglie vulnerabili

I bambini vulnerabili diventano adulti vulnerabili

Un approccio all'intero ciclo di vita

All'interno della nostra ricerca abbiamo individuato sfide comuni e cluster di svantaggi comuni a tutte le famiglie vulnerabili in Europa. Abbiamo sviluppato un gruppo di *profili tipo* per dimostrare la varietà dei problemi, delle motivazioni, dei comportamenti e delle aspettative delle famiglie alla base della domanda di servizi. I nostri profili tipo sono compositi e non contemplano tutti i possibili scenari sociali in cui le famiglie vulnerabili si inseriscono, ma si basano sulle conoscenze dei trend e dei dati demografici della popolazione reale, su un ricco corpus di articoli di letteratura e di insight ottenuti tramite progetti, oltre che su colloqui approfonditi con i fornitori dei servizi alle famiglie vulnerabili e sull'analisi dei risultati delle survey in ambito sociale.

La nostra ricerca dimostra che le seguenti caratteristiche contribuiscono in modo significativo a innalzare i livelli di vulnerabilità:

- Concepimento in giovanissima età
- Basso livello di istruzione di entrambi i genitori
- Assistenza sociale al momento della nascita dei figli
- Disoccupazione o lavoro irregolare poco retribuito
- Presenza di almeno un problema di salute, in molti casi malattia prolungata o disabilità
- Problemi di salute mentale, tra cui depressione e dipendenza dall'alcol.





Mary, 32 anni

Avendo avuto il primo bambino a 16 anni, Mary ha dovuto lasciare presto la scuola senza conseguire alcun titolo di studio e ha svolto solo lavori temporanei poco retribuiti. Vive di sussidi ed è alla 25ª settimana della sua quarta gravidanza. Mary fatica a stare al passo con le visite pre-natali. Sta cercando di ridurre il fumo, ma beve ancora molto. La sua ostetrica teme che possa avere un parto pretermine.



Liam, 20 mesi

Liam è nato a termine. In seguito all'esposizione al fumo materno e al consumo di alcol presentava un peso basso alla nascita. Mostra segni della sindrome alcolico fetale, è irrequieto e ha impiegato più tempo a raggiungere le tappe di sviluppo. Di recente è stato ricoverato in ospedale per l'estrazione di un dente da latte.



Kevin, 11 anni

Kevin non ha alcun contatto con il padre. Ha smesso di frequentare un'associazione giovanile locale dopo aver subito gli stessi atti di bullismo ricevuti a scuola per il suo sovrappeso. Nell'ultimo anno ha perso 35 giorni di scuola e non ha raggiunto la sufficienza in lettura. Trascorre la maggior parte della giornata su Internet e ha minori probabilità di completare il ciclo di istruzione primaria rispetto ai suoi compagni.



Jasmine, 16 anni

Come Kevin, anche Jasmine non ha alcun contatto con il padre. Nei primi anni di vita, Jasmine è stata accudita dalla nonna. L'insegnante di Jasmine la sprona ad applicarsi nelle materie scientifiche in vista dell'università, ma Jasmine fa fatica a studiare a casa. Tra i 14 e i 16 anni, Jasmine ha mostrato sintomi di bulimia nervosa.



Karl, 30 anni

Quando Karl ha saputo della gravidanza di Mary, è tornato con la famiglia in una casa a schiera con due camere da letto. Ha lasciato la scuola a 15 anni dopo essere stato arrestato per disordini. Karl è stato sempre disoccupato, fatta eccezione per contratti atipici occasionali e lavori manuali di breve durata. Ha perso l'ultimo lavoro in un cantiere in seguito a un infortunio. Gran parte dei sussidi che riceve li spende per alcol e sigarette, che aggravano la sua tendenza a comportamenti violenti; attualmente è in libertà vigilata in seguito ad un breve periodo in prigione per aver ferito un vicino in una rissa in un pub.



Susan, 71 anni

Susan ha svolto per tutta la vita una serie di lavori scarsamente retribuiti. La sua condizione di madre single di Mary e di altri quattro figli più grandi, l'ha costretta a dedicarsi quasi totalmente alla famiglia, essendo l'unica fonte di reddito e la figura di riferimento principale. Vive con la pensione di invalidità e non ha risparmi per la vecchiaia. A 40 anni le è stato diagnosticato il diabete e l'anno scorso ha avuto un infarto che ha ridotto le sue capacità motorie impedendole di lavorare. Nonostante abiti vicino ai suoi nipoti, fa fatica a contribuire al loro sostegno. Per occuparsi della famiglia, si sta trascurando: ha saltato le ultime due visite con il medico di base, si sente sempre meno bene e più sola.

Maternità e infanzia

I capisaldi di tutta la vita

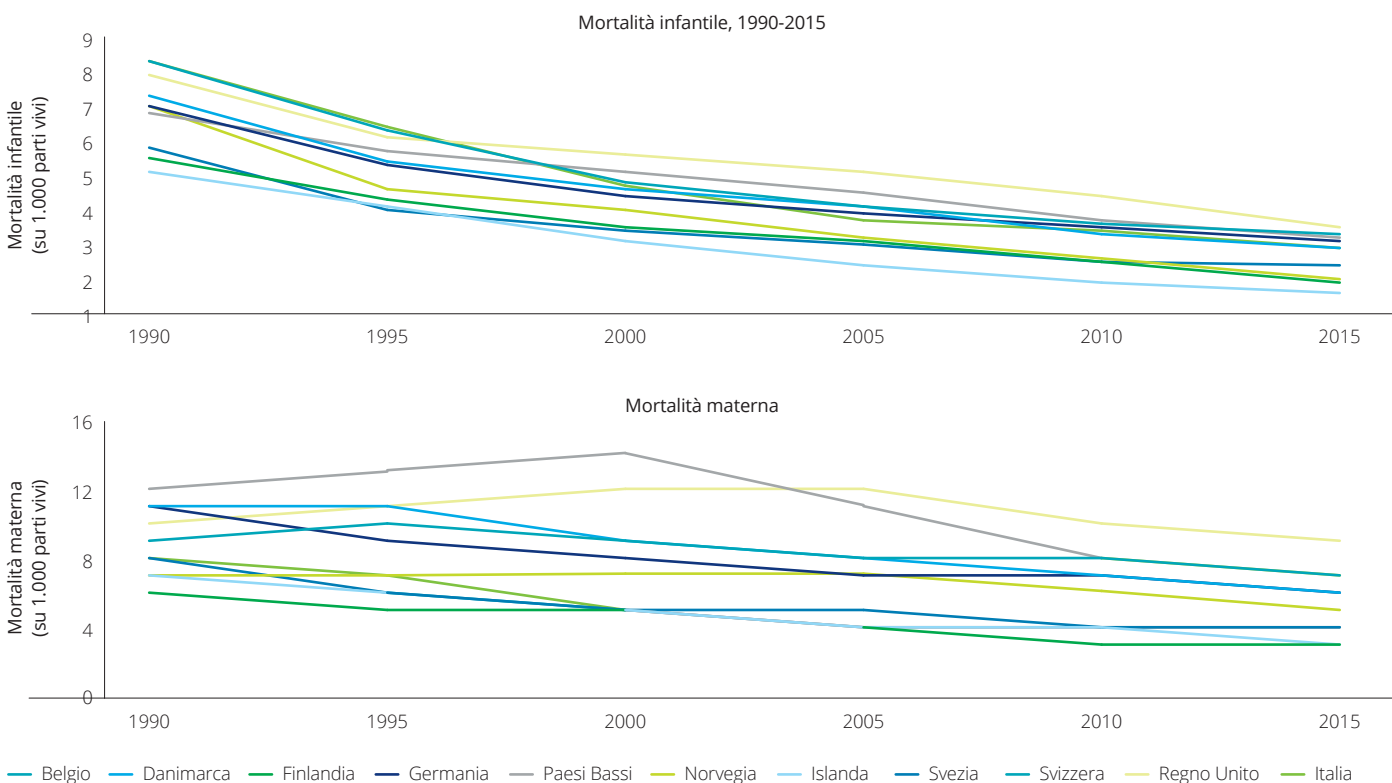


Le circostanze socio-economiche avverse hanno un effetto cumulativo in tutto l'arco di vita di un individuo. Ad esempio, un basso peso alla nascita, fortemente associato a condizioni socio-economiche povere, può causare svantaggi dal punto di vista socio-sanitario sia nell'infanzia che

in età adulta. L'aspettativa di vita cambia nel corso dell'esistenza di un individuo: al compimento del primo anno, aumentano le possibilità di vivere più a lungo, il che implicitamente indica la vulnerabilità della prima infanzia. Servizi efficaci a sostegno della maternità, per lo sviluppo della prima infanzia, possono migliorare le condizioni iniziali di vita dei bambini, aumentando le probabilità che conducano una vita lunga, sana e produttiva.

Negli ultimi 17 anni, il tasso di mortalità materna in Europa è migliorato, passando da 35 decessi per 100.000 nascite nel 1990 a 16 decessi per 100.000 nascite nel 2015, mentre il tasso di mortalità perinatale è passato da 920 decessi per 100.000 nascite nel 1990 a 370 decessi per 100.000 nascite nel 2015.³² La Figura 6 mostra una riduzione costante della mortalità materna e infantile nella maggior parte dei paesi dell'Europa occidentale.³³ A livello nazionale, la situazione dei tassi di mortalità e morbilità rimane tuttavia molto variabile: in tutti i paesi, tra le madri e i bambini nelle fasce socio-economiche inferiori, la riduzione del tasso di mortalità e morbilità è minore.³⁴ In Scozia, ad esempio, oltre un quarto delle donne residenti nelle aree più povere fuma in gravidanza, contro il 3,3% delle aree meno povere. Nel Regno Unito, il tasso di mortalità infantile nelle fasce socio-economiche più basse della popolazione è il doppio rispetto a quello nelle fasce socio-economiche più alte.³⁵

Figura 6. Il tasso di mortalità materna e infantile nei paesi dell'Europa occidentale è in diminuzione



La carenze e le disuguaglianze hanno un impatto significativo sulla salute materna, sullo sviluppo neuro-cognitivo e fisico del bambino, oltre che sul suo rischio di malattie.³⁶

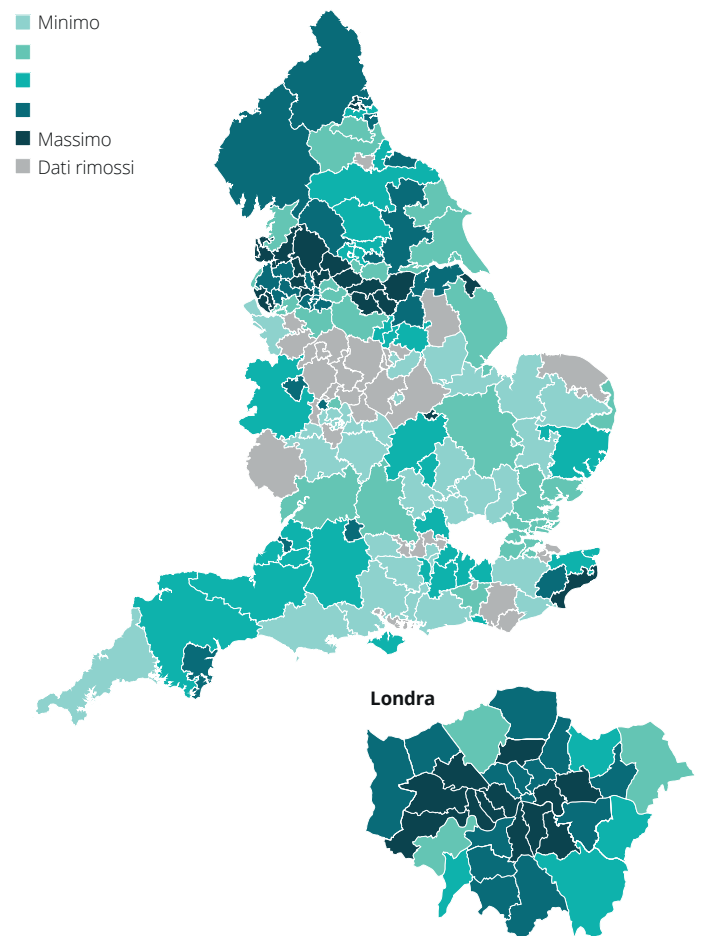
Le principali SDOH che influiscono sulla salute materna e infantile possono essere riassunte come segue:

- Lo stile di vita della madre soprattutto all'inizio della gravidanza. L'alimentazione, il fumo e il consumo di alcol sono associati al basso peso alla nascita e comportano una serie di pericoli per il feto: dai bassi punteggi nelle curve di sviluppo al rischio di soffrire in futuro di malattie come epilessia, malattie cardiovascolari e diabete^{37, 38, 39}
- La mortalità dei bambini sotto i cinque anni diminuisce linearmente con l'aumentare del livello di scolarità delle donne, indipendentemente dal fatto che la frequenza scolastica sia già ad alti livelli (da dieci a undici anni) o a livelli più bassi (da due a tre anni). A livello globale, l'istruzione incide per il 51% sul declino della mortalità. Le donne più istruite tendono ad avere famiglie meno numerose, in parte grazie a migliori opportunità lavorative e a una migliore conoscenza dei metodi contraccettivi. Un minor numero di figli aumenta le opportunità di sopravvivenza infantile, mentre un livello di istruzione superiore fa sì che le donne dispongano di più conoscenze e di un maggior potere decisionale sulle cure prenatali, l'igiene, l'alimentazione e le vaccinazioni⁴⁰
- Una stimolazione cognitiva ridotta nei primi tre anni di vita mette a rischio lo sviluppo cerebrale del bambino e si ripercuote negativamente sull'udito, la vista e il controllo emotivo in età adulta⁴¹
- I bambini che provengono da famiglie più istruite e benestanti hanno maggiori probabilità di imparare un più ricco vocabolario nei primi tre anni di vita, un aspetto che funge da importante indicatore delle prestazioni verbali nei primi anni di scuola. Uno studio americano sui bambini di 42 famiglie ha misurato il numero di parole rivolte ai bambini entro i tre anni di vita. Il numero variava da 13 milioni di parole nelle famiglie che ricevono sussidi, a 45 milioni di parole nelle famiglie con genitori laureati (una differenza di 30 milioni di parole)^{42, 43}
- Esiste una relazione diretta tra l'attenzione emotiva prestata nei primi giorni di vita e l'epigenetica della risposta di un individuo allo stress, la sua memoria e la sua attenzione. L'attaccamento sicuro al familiare di riferimento (*care giver principale*) è fondamentale per la capacità di un individuo di respingere l'ansia e far fronte a fattori di stress. La prevalenza diffusa di malattie mentali materne nelle fasce socio-economiche più basse della popolazione rappresenta un fattore di rischio per la comparsa di problemi di salute mentale nel bambino.^{44, 45}

Inoltre, le SDOH incidono sulla salute materna e infantile a causa dell'interazione tra i comportamenti di salute e il ricorso all'assistenza sanitaria.

I cambiamenti nell'utilizzo dei servizi di prevenzione e gli scarsi controlli sanitari - correlati alla povertà - sono il motivo per il quale i tassi di presa in carico ospedaliera per le carie dentali infantili possono variare anche di 66.6 volte tra le diverse aree del Regno Unito. Una scarsa igiene orale e dentale nell'infanzia si ripercuote sull'alimentazione e sulla crescita, fa diminuire la qualità di vita e comporta costi sanitari altrimenti evitabili (vedere Figura 7).⁴⁶

Figura 7. Ricorso alle cure ospedaliere per le carie dentali nei bambini da uno a quattro anni nella popolazione inglese



Fonte: The NHS Atlas of Variation in Healthcare, NHS Right Care, 2015

Esempi di buone prassi

Garantire le migliori condizioni possibili di vita sin dall'inizio



Esempio 1: Migliorare la prevenzione in materia di igiene orale attraverso colloqui motivazionali una tantum (Austria e Australia)

Le carie dentali derivano da molteplici cause, frutto di una complessa interazione tra fattori biochimici, microbici, genetici, sociali e comportamentali. L'istruzione e i comportamenti dei genitori, oltre all'ambiente psico-sociale ed economico della famiglia, rappresentano importanti mediatori dei comportamenti di prevenzione nell'ambito dell'igiene orale messi in atto dai genitori per conto dei propri bambini. Le ricerche dimostrano che le strategie dei colloqui motivazionali indirizzati alle neo-mamme si sono rivelate molto efficaci nel ridurre le carie nei bambini in età prescolare. I ricercatori austriaci hanno adottato un intervento una tantum per cambiare la dieta e l'igiene orale delle madri subito dopo la nascita dei bambini. Uno studio di coorte condotto sui bambini all'età di cinque anni ha dimostrato una netta riduzione di carie nei figli delle madri che avevano preso parte al programma. Da un recente studio condotto nel Queensland (Australia), è emerso che la visita a casa di un esperto della prima infanzia potrebbe salvare dalla carie 113 denti ogni 100 bambini, con un risparmio di 167.032 \$ ogni 100 bambini.^{47,48}

Le circostanze socio-economiche avverse hanno un effetto cumulativo in tutto l'arco di vita di un individuo. Ad esempio, un basso peso alla nascita, fortemente associato a condizioni socio-economiche povere, può causare svantaggi dal punto di vista socio-sanitario sia nell'infanzia che in età adulta. L'aspettativa di vita cambia nel corso dell'esistenza di un individuo: al compimento del primo anno, aumentano le possibilità di vivere più a lungo, il che implicitamente indica la vulnerabilità della prima infanzia. Servizi efficaci a sostegno della maternità, per lo sviluppo della prima infanzia, possono migliorare le condizioni iniziali di vita dei bambini, aumentando le probabilità che conducano una vita lunga, sana e produttiva.



Esempio 2: Ridurre il numero di bambini bisognosi di assistenza mettendo le donne vulnerabili nelle condizioni di sviluppare nuove skills per riprendere il controllo della propria vita (Regno Unito)

Tutte le unità locali socio-assistenziali del Regno Unito seguono casi di donne giovani e svantaggiate che vivono in condizioni sociali, ambientali e sanitarie carenti. Queste donne spesso hanno più di un figlio che viene affidato ai servizi sociali in seguito ad azioni legali di tutela. I loro figli spesso presentano problemi psico-fisici a breve e lungo termine e sono a rischio di diventare adulti vulnerabili che necessitano di importanti interventi dei servizi pubblici. Questi bambini sono esposti al rischio di ripetere il ciclo distruttivo che ha causato il profondo trauma subito dalla loro madre e che costa centinaia di milioni di sterline ai contribuenti.

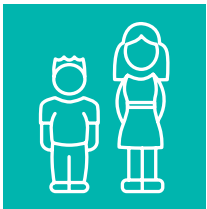
Lanciato nel 2013 a Hackney (Londra), il programma "Pause" lavora con donne che hanno avuto – o che sono a rischio di – gravidanze ripetute che comportano l'affidamento dei figli a terzi. Il programma "Pause" è stato messo a punto da professionisti esperti che hanno lavorato in prima linea con adulti vulnerabili nell'ambito della tutela dei bambini. Questo programma offre un percorso intenso di sostegno terapeutico, pratico e comportamentale attraverso un modello sistematico integrato, in stretta collaborazione con altri dipartimenti (ad es. per la salute sessuale, la giustizia e i servizi per le dipendenze da droga e alcol). Per ogni donna viene predisposto un programma personalizzato sulla base delle sue esigenze e degli obiettivi individuali. Durante questo programma volontario, alle donne viene chiesto di utilizzare un contraccettivo reversibile ad azione prolungata che consente loro di concentrarsi su se stesse e mettere al primo posto le proprie esigenze, forse per la prima volta nella loro vita. I dati dettagliati dei primi progetti pilota indicano quanto segue:

- Un marcato miglioramento della salute e del benessere delle donne partecipanti e delle loro famiglie
- Senza l'intervento del programma "Pause", che ha coinvolto 137 donne, ci sarebbero stati 27 bambini in più affidati ai servizi sociali ogni anno, con un costo annuo di oltre 1,5 milioni di £ per i contribuenti
- Si stima un risparmio di spesa per bambino di 39.333 £
- Ogni sterlina investita nel programma "Pause" frutta minimo 9 £ in cinque anni.

Se ogni donna inglese che aveva avuto due o più figli affidati ai servizi sociali avesse potuto beneficiare del programma "Pause", si sarebbero potuti risparmiare oltre 2,5 miliardi di £ in cinque anni. Nel 2016 sono stati stanziati altri 6,8 milioni di £ per questo progetto dal Fondo per l'Innovazione del Dipartimento dell'Istruzione per ampliarne la portata su scala nazionale. Intervendendo nelle fasi iniziali di questo ciclo transgenerazionale, il programma "Pause" intende svolgere un'azione interamente preventiva in futuro. L'obiettivo di "Pause" nei prossimi cinque anni è raggiungere oltre 43 siti nel Regno Unito.^{49,50,51}

Adolescenza

Istituire comportamenti sani e sviluppare la resilienza



La povertà da reddito riguarda un bambino su sette nei paesi OCSE, mentre il dieci per cento dei bambini vive in famiglie disoccupate. Dalla crisi finanziaria del 2008 i tassi di povertà infantile sono aumentati in due terzi dei paesi OCSE e, nella maggior parte dei paesi, il tasso di povertà dei bambini è superiore a quello della popolazione in generale.⁵²

I bambini coinvolti nella società, fisicamente attivi e con una buona alimentazione hanno molte più probabilità di diventare adulti, attivi, produttivi e socialmente inclusi. I bambini che vivono in famiglie svantaggiate dal punto di vista socio-economico devono affrontare sfide molto più grandi sul piano del loro stato di salute e comportamentale. Questi bambini sono spesso, inoltre, soggetti a stress psico-emotivi, come conflitti familiari e instabilità derivante da risorse cronicamente inadeguate. Gli effetti della deprivazione in età infantile e il cumulato stress correlato possono avere conseguenze per tutta la vita e un impatto negativo sui risultati scolastici, sui modelli di comportamento nelle fasi dell'adolescenza e della prima età adulta.^{53, 54}

Le ricerche dimostrano che i bambini che crescono in famiglie vulnerabili nei primi sei anni di vita e quelli che crescono in contesti familiari dove entrambi i genitori o figure di riferimento non lavorano presentano risultati negativi nel comportamento socio-emotivo e nello sviluppo cognitivo.^{55, 56, 57}

Tuttavia, i dati raccolti in tutta Europa mostrano che il fenomeno dei bambini in povertà non riguarda esclusivamente le famiglie disoccupate, ma viene ritenuto al giorno d'oggi più diffuso nelle famiglie a basso reddito.⁵⁸ Si tratta di famiglie definite "working poor", ovvero con situazioni di lavoro poco retribuito, contratti temporanei e atipici o con frequente entrata e uscita dall'occupazione. I bambini che vivono in condizioni di "povertà nascosta" sono particolarmente a rischio quando le politiche sono testate su situazioni intermedie.⁵⁹

I bambini dipendono dagli adulti per il soddisfacimento dei propri bisogni: valutare la deprivazione infantile implica quindi tenere conto della distribuzione delle risorse all'interno della famiglia.⁶⁰ Dai dati raccolti in Europa, emerge che i bambini delle famiglie vulnerabili inseriti in ambienti con fattori di stress vengono meno spronati all'esercizio fisico o a un'alimentazione sana e sono pertanto maggiormente a rischio di obesità. In Inghilterra, il 40% dei bambini nelle aree più povere è sovrappeso, contro il 27% delle aree più benestanti. Per questi bambini, inoltre, aumentano le probabilità di adottare comportamenti a rischio in età adulta, come il fumo, l'abuso di alcol e droghe e diminuiscono le probabilità di smettere.⁶¹ Comprendere e misurare la deprivazione infantile a livello nazionale e tra i diversi paesi aiuta a fornire servizi mirati, finalizzati a superare questi svantaggi. Il Child Wellbeing Module (modulo per il benessere dei bambini) dell'OCSE rappresenta una nuova raccolta di informazioni specifiche per età sul benessere dei bambini.

Figura 8. Risultati dello studio di coorte sulla deprivazione infantile (classifica stilata su 23 paesi OCSE)

	Peso alla nascita ⁱ	Tasso di vaccinazione ⁱⁱ	Obesità	Attività fisica	Fumo	Deprivazione scolastica ⁱⁱⁱ	Occupazione, istruzione o formazione ^{iv}	Povertà
Belgio	15	1	9	12	10	10	14	16
Danimarca	5	19	1	5	5	2	8	1
Finlandia	2	8	19	3	13	13	11	2
Germania	12	13	12	15	15	8	4	8
Islanda	1	22	21	8	1	1	3	3
Paesi Bassi	7	13	3	7	11	6	5	12
Norvegia	4	21	8	17	2	3	2	4
Svezia	3	8	15	16	4	17	6	6
Svizzera	11	13	4	23	9	7	7	5
Regno Unito	15	18	12	13	7	19	13	9
Italia	17	19	10	20	23	15	22	20

■ Nei primi tre in classifica ■ Nei tre a metà classifica ■ Negli ultimi tre in classifica

Fonte: Analisi delle performance di Deloitte sui paesi OCSE; OCSE, 2017

Note: ⁱNumero di bambini nati vivi con peso alla nascita inferiore a 2500g in percentuale su tutti i nati vivi; ⁱⁱTasso di vaccinazione per difterite, tetano e pertosse;

ⁱⁱⁱRisorse per la scuola disponibili nelle rispettive famiglie per ragazzi di 15 anni, come una scrivania, un posto tranquillo per studiare, accesso a Internet e a un computer; ^{iv}Proporzione di soggetti NEET tra 15 e 29 anni

La Figura 8 mostra l'andamento variabile delle performance degli interventi per la riduzione delle determinanti chiave della salute e della deprivazione nei paesi dell'Europa occidentale.⁶²

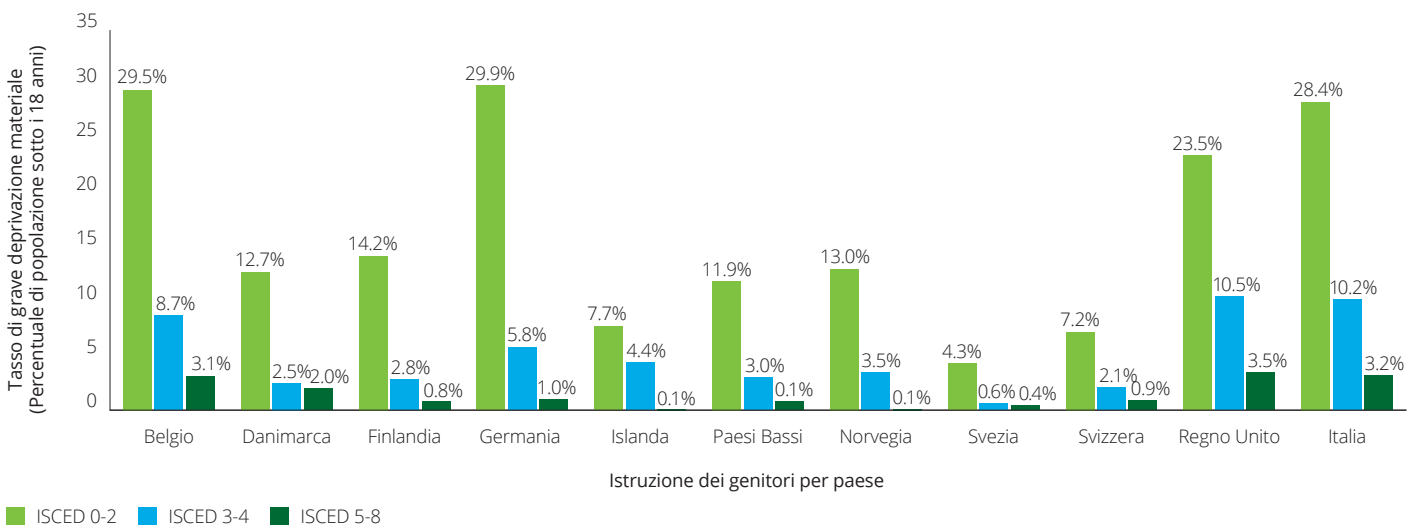
La politica scolastica svolge un ruolo fondamentale nell'accrescere le opportunità di superare la deprivazione nell'infanzia. I risultati scolastici dei membri delle famiglie vulnerabili sono importanti per due ragioni principali: in primo luogo, l'istruzione dei genitori è correlata alla deprivazione infantile (vedere la Figura 9); in secondo luogo, in media, l'aspettativa di vita in Europa varia di 5,6 anni tra le persone con il livello di istruzione più basso (76 anni) e quelle con il livello più alto (81,6 anni), secondo la definizione dell'International Standard Classification of Education (ISCED).⁶³ La scolarizzazione precoce presso asili di alta qualità può fornire una contromisura alla deprivazione familiare e rafforza le capacità socio-emotive, potenzia lo sviluppo cognitivo con un impatto positivo sui voti scolastici, con effetti molto validi sui bambini delle famiglie più vulnerabili.⁶⁴

Altrettanto importanti sono gli interventi in ambito familiare indirizzati a sostenere le famiglie vulnerabili. Ad esempio, il programma di sostegno alla genitorialità "Triple P" (Positive Parenting Programme) per il cambiamento dei comportamenti dei genitori, sviluppato e implementato per la prima volta in Australia, è stato replicato con successo in vari paesi, tra cui l'Iran, il Giappone e la Svizzera. Il programma è riuscito a ridurre i problemi comportamentali ed emotivi nei bambini e il ricorso

all'ospedalizzazione in seguito ad abusi, oltre a migliorare le abilità e il benessere dei genitori.^{65,66}

Tra gli studi sugli abusi in età infantile e il loro impatto sulla salute e il benessere degli individui in età adulta, il più vasto in materia è lo studio sulle Esperienze Sfavorevoli Infantili (Adverse Childhood Experiences - ACE) di Kaiser Permanente, svolto presso gli US Centers for Diseases Control and Prevention (CDC). Lo studio, condotto su oltre 17.000 persone iscritte al programma di assicurazione sanitaria Kaiser Permanente è avvenuto originariamente in due fasi, tra il 1995 e il 1997. I partecipanti sono stati sottoposti ad analisi mediche e hanno compilato questionari confidenziali relativi alle esperienze infantili e al loro attuale stato di salute. Dai risultati è emerso che, in assenza di strategie per affrontare le determinanti sociali dello sviluppo infantile, veniva meno un'importante finestra di opportunità per la crescita individuale, a causa dell'accumularsi degli effetti di situazioni svantaggiate e della loro latenza, con conseguenze negative per il benessere degli individui, la loro partecipazione sociale, e con la necessità di sostegno nelle successive fasi della vita. La sorveglianza costante del CDC sullo studio ACE nella valutazione dello stato medico dei partecipanti, attraverso aggiornamenti periodici dei dati di morbilità e mortalità, ha fatto sì che venisse trovata una forte correlazione tra la durata dell'esposizione agli abusi e alle disfunzioni familiari in età infantile e le principali cause di morbilità e mortalità in età adulta. Questi risultati sono stati confermati da numerosi studi condotti in numerosi paesi.^{67,69}

Figura 9. Il tasso di deprivazione dei ragazzi sotto i 16 anni è legato al livello di istruzione dei genitori



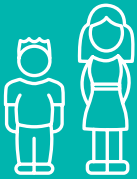
Fonte: Eurostat, 2015

Nota: ISCED (classificazione internazionale standard dell'istruzione), ISCED 0-2: Istruzione pre-elementare, elementare e secondaria inferiore. ISCED 3-4: Istruzione secondaria superiore, post-secondaria non terziaria, ISCED 5-8: Istruzione terziaria.

Le persone con grave deprivazione materiale vivono in condizioni fortemente limitate per la mancanza di risorse sul piano del reddito, dei beni durevoli, dell'abitazione e dell'ambiente; le famiglie soffrono di almeno 4 su 9 delle seguenti deprivazioni: non si possono permettere i) di pagare l'affitto o le bollette, ii) di riscaldare la casa a sufficienza, iii) di affrontare spese impreviste, iv) di mangiare carne, pesce o proteine sostitutive ogni due giorni, v) di trascorrere una settimana di vacanza lontano da casa, vi) un'automobile, vii) una lavatrice, viii) un TV a colori, o ix) un telefono.

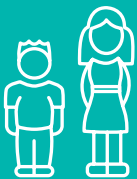
Esempi di buone prassi

Impedire che le molteplici carenze in età infantile condizionino il futuro di un bambino



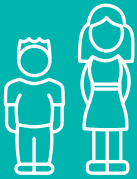
Esempio 3: Prevenire l'obesità infantile attraverso la collaborazione tra vari settori (Belgio e Francia)

Il programma comunitario Ensemble Prévenons l'Obésité Des Enfants (EPODE, Preveniamo assieme l'obesità infantile) è un'iniziativa che mira ad attuare strategie efficaci e sostenibili per prevenire l'obesità infantile, riducendo al minimo la stigmatizzazione sociale e culturale. Istituito originariamente nel 1992 in Francia, il programma EPODE è stato adottato in oltre 500 comunità in 29 paesi. L'EPODE rappresenta una strategia coordinata e finalizzata a ridurre l'obesità infantile attraverso un processo che coinvolge tutta la società, in cui le comunità locali, gli ambienti per l'infanzia e le famiglie vengono incoraggiati a far adottare ai bambini stili di vita sani. I principali destinatari del progetto EPODE sono i bambini fino a 12 anni e le loro famiglie. I programmi sono finalizzati a un cambiamento a lungo termine dell'ambiente obesogenico che porta a comportamenti non sani. La comprovata metodologia EPODE adotta un approccio positivo per conseguire stili di vita sani, e non stigmatizza nessuna abitudine e nessun comportamento alimentare di origine culturale. Inoltre, prevede strategie per garantire l'accesso rapido ad alimenti gradevoli e sani e superare i pregiudizi attuali e le tecniche di social marketing che fanno aumentare i comportamenti a rischio. Tutti i messaggi e le azioni sono infine pensati ad hoc per le popolazioni locali, sulla base delle esigenze e dei dati demografici, per garantire che il programma sia efficace ed inclusivo. I dati provenienti dal Belgio hanno mostrato una riduzione del 22% nei tassi di sovrappeso e obesità dal 2007 al 2010 nelle due città di Marche e Mouscron, rispetto a città di controllo dove non erano stati attuati interventi. Il successo dell'iniziativa in Francia e in Belgio ha portato nel 2012 alla creazione del progetto EPHE, che tramite l'applicazione della metodologia EPODE punta a ridurre le iniquità socioeconomiche correlate ai comportamenti sanitari delle famiglie in sette paesi europei.⁶⁹



Esempio 4: Un'azione congiunta per migliorare i livelli di istruzione e occupazione (Norvegia)

Nel 2015, il Dipartimento per l'istruzione e la formazione, il Dipartimento per il lavoro e il welfare, il Dipartimento per l'infanzia, la gioventù e la famiglia, il Dipartimento per l'integrazione e la diversità e il Dipartimento per la salute della Norvegia hanno ricevuto dai rispettivi ministri un incarico congiunto: coordinare, sviluppare e implementare politiche che garantissero ai bambini e ai giovani fino a 24 anni di completare il ciclo di istruzione superiore e migliorare così le proprie opportunità di impiego a lungo termine. Le agenzie governative coinvolte nel progetto si sono impegnate fortemente per risolvere i problemi e coordinare i processi, i programmi e i metodi di lavoro. Un'organizzazione sinergica e coerente e il buon esempio offerto dagli esecutivi sono stati cruciali per sostenere la collaborazione. Il programma copre il periodo dal 2015 al 2020 ed è in corso di valutazione.^{70,71}



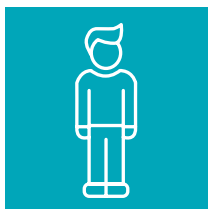
Esempio 5: Migliorare la resilienza mentale attraverso interventi scolastici (Irlanda, Paesi Bassi, Norvegia, Regno Unito)

La salute mentale dei bambini e degli adolescenti rappresenta una sfida cruciale, soprattutto nel contesto delle famiglie vulnerabili. Gli ambienti educativi costituiscono un ambiente decisivo per sviluppare strategie per la resilienza mentale e il benessere. Le ricerche dimostrano un rapporto costi-benefici favorevole derivante dall'inclusione della salute mentale nelle strategie di istruzione, grazie alla produzione di risorse sociali in termini di capitale mentale, tra cui le abilità cognitive, emotive e sociali. Ad esempio il programma "Zippy's Friends", che ha come target i bambini dai cinque ai sette anni insegna ai più piccoli come sviluppare la capacità di gestire al meglio problemi che potrebbero verificarsi durante l'adolescenza e in età adulta. Nell'ambito di questa iniziativa, si insegna ai bambini a far fronte alle difficoltà quotidiane, a riconoscere e a parlare delle proprie emozioni e a trovare le giuste modalità per gestirle. Il programma è stato attuato nelle scuole di oltre 30 paesi coinvolgendo più di un milione di bambini. Una recente valutazione con controllo randomizzato dei programmi che coinvolgono 1.177 bambini nei Paesi Bassi ha evidenziato un netto miglioramento delle abilità di riconoscimento delle emozioni e di resilienza adattiva. I genitori hanno inoltre riferito un miglioramento delle abilità sociali ed emotive dei bambini, un livello superiore di motivazione e una riduzione dell'esternalizzazione di disturbi quali l'iperattività e i comportamenti aggressivi. Inoltre, uno studio condotto all'inizio del 2012 su oltre 1.500 bambini in Norvegia ha riscontrato miglioramenti nelle abilità scolastiche dei bambini. Grazie al programma, il fenomeno del bullismo si è notevolmente ridotto. Non sono state riscontrate correlazioni tra l'effetto del programma "Zippy's Friends" e l'etnia, il genere o il livello di istruzione dei genitori. Attualmente è in corso un nuovo studio a controllo randomizzato nel Regno Unito per valutare se la partecipazione al programma "Zippy's Friends" migliori il benessere emotivo dei bambini e/o li aiuti a conseguire risultati scolastici migliori. Lo studio condotto dalla Queen's University di Belfast coinvolge 80 scuole e oltre 3.800 allievi. I risultati definitivi dello studio saranno disponibili a gennaio 2018.^{72, 73, 74}

I bambini coinvolti nella società, fisicamente attivi e con una buona alimentazione hanno molte più probabilità di diventare adulti, attivi, produttivi e socialmente inclusi. I bambini che vivono in famiglie svantaggiate dal punto di vista socio-economico devono affrontare sfide molto più grandi sul piano del loro stato di salute e comportamentale.

Età adulta e lavorativa

Creare le condizioni per una vita produttiva



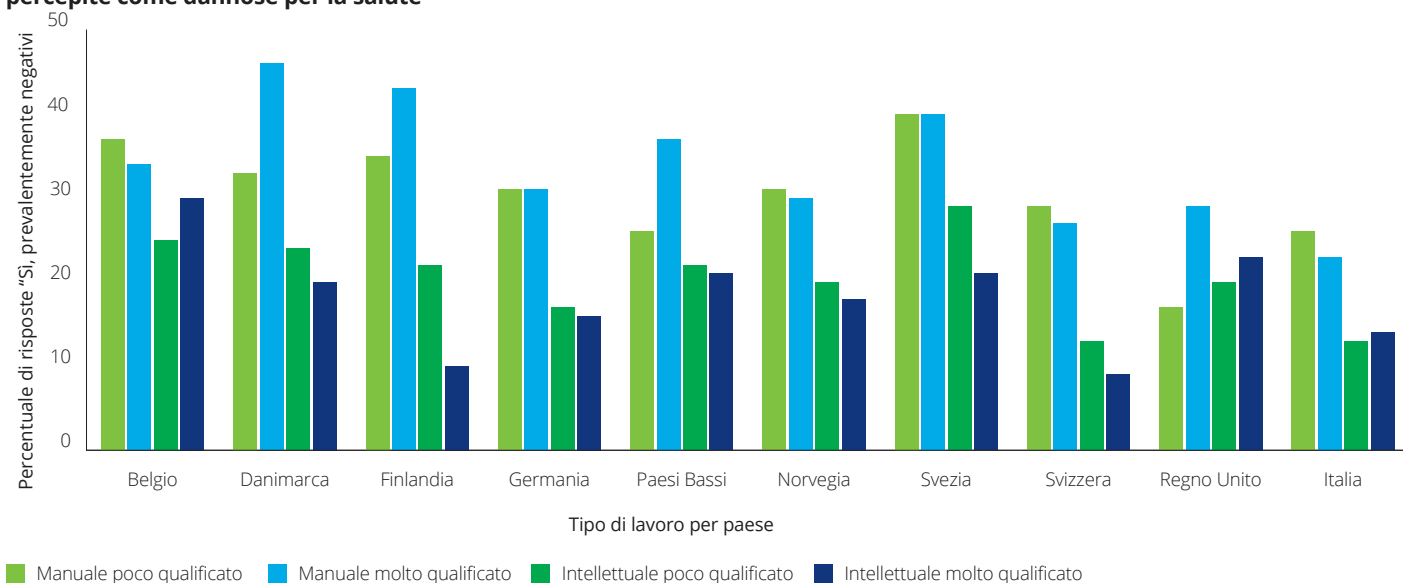
L'età adulta e lavorativa rappresenta una parte consistente della vita media produttiva di una persona, è la fase in cui si manifestano le opportunità economiche produttive e le opportunità di mobilità sociale. I fattori legati all'infanzia e all'istruzione sopra descritti, il tipo di lavoro svolto (se hanno lavoro), l'ambiente circostante e le opportunità di inclusione sociale interagiscono in modo stretto con gli schemi comportamentali delle persone, causando un aumento dei tassi di morbilità e mortalità. Inoltre, è proprio durante l'età adulta che si instaura il rischio di trasmissione intergenerazionale delle disuguaglianze, a seconda delle opportunità a disposizione per superare le determinanti sociali della salute nel contesto della coesione familiare e della genitorialità.

La disoccupazione e l'occupazione a bassa retribuzione, condizioni di lavoro sfavorevoli, la difficoltà di conciliare il lavoro con la famiglia e la sicurezza di una fonte di reddito sono tutti problemi che minacciano la salute psico-fisica degli individui.⁷⁵ Dall'analisi di un'ampia raccolta di dati provenienti da 26 paesi dell'Unione Europea tra il 1970 e il 2007, è emerso che per ogni punto percentuale di aumento della disoccupazione, il tasso di suicidi aumentava dello 0,79% tra le persone al di sotto dei 65 anni, con un incremento quasi doppio rispetto ai disoccupati a lungo termine.⁷⁶

Le disuguaglianze intergenerazionali possono essere marcate, e il forte aumento della disoccupazione a lungo termine in seguito alla crisi finanziaria del 2008 ha coinvolto in modo sproporzionato i lavoratori più giovani. Infatti, il trend discendente dei suicidi prima del 2007 ha iniziato a invertirsi a causa del deterioramento della salute mentale dei disoccupati, soprattutto negli uomini giovani. I dati provenienti dall'Inghilterra mostrano che la disoccupazione maschile era associata per i due quinti circa al tasso di incremento dei suicidi, con una correlazione positiva tra aree di maggiore incremento di disoccupazione e aumento dei tassi di suicidio.^{77,78,79} Tuttavia, sistemi di welfare efficaci possono offrire una protezione contro i problemi di salute mentale legati alla disoccupazione. Ad esempio, la maggiore tutela del mercato del lavoro in Svezia ha contribuito a ridurre i rischi di suicidi rispetto alla Spagna.⁸⁰

In tutta Europa, la bassa retribuzione e la bassa qualità dei lavori va di pari passo con le cattive condizioni di lavoro e la maggiore esposizione ai rischi per la salute.⁸¹ La Figura 10 evidenzia le correlazioni tra il livello di competenza dei lavoratori e l'impatto percepito delle condizioni di lavoro sulla salute.⁸² L'occupazione inoltre ha ripercussioni sulla vulnerabilità della famiglia: i risultati delle ricerche infatti dimostrano che la capacità di conciliare la vita familiare con un lavoro retribuito è una determinante del benessere, della salute e delle opportunità di istruzione per tutti i membri della famiglia. I nuclei monoparentali e le famiglie con tanti figli sono esposti a rischi maggiori e conciliare la famiglia col lavoro risulta particolarmente difficile.⁸³

Figura 10. Tra le persone che svolgono lavori manuali vi è una probabilità più alta che le condizioni di lavoro vengano percepite come dannose per la salute



Fonte: Sesto sondaggio sulle condizioni di lavoro in Europa 2015

Nota: Domanda del sondaggio: "Il suo lavoro ha effetti sulla sua salute?" Risposta scelta: "Sì, prevalentemente negative"

La qualità dell'ambiente in cui le persone vivono è legata alla densità e allo sfruttamento del territorio, alla qualità delle abitazioni, alla viabilità e al sistema di trasporto pubblico, agli spazi comuni aperti, all'accessibilità dei servizi pubblici, oltre che alla qualità dell'aria e al livello di inquinamento acustico. Il 10% delle comunità più povere in Inghilterra possiede fino a cinque volte meno spazi verdi del 20% delle più ricche.⁸⁴

Le ricerche dimostrano che l'ambiente circostante influenza i comportamenti sul piano dell'attività fisica e della violenza. Mentre gli ambienti percepiti come accoglienti e inclusivi stimolano comportamenti positivi, sani e collaborativi, gli ambienti urbani ostili promuovono comportamenti ad alto rischio e aggressivi, improntati alla sopravvivenza.^{85,86}

Ne derivano diseguaglianze sociali e di salute, tra cui:

- Tassi di obesità maggiori, causati da una minore attività fisica e ridotto accesso o scarsa comprensione dell'importanza di un'alimentazione e di una dieta sane (Figura 11)⁸⁷

- Una maggiore dipendenza dal fumo è associata allo status sociale, al reddito e al livello di istruzione. Gli interventi di sanità pubblica mirati alla riduzione delle dipendenze non raggiungono le fasce di popolazione meno istruite (Figura 12).⁸⁸ I risultati della Danimarca mostrano che le diseguaglianze sociali sono alla base del maggior numero di decessi causati dal fumo e dall'alcol, e sono stati responsabili di circa il 64% di tale mortalità nel caso degli uomini e del 71% nel caso delle donne tra il 2005 e il 2009⁸⁹
- Tassi di criminalità superiori e comportamenti violenti nelle aree più povere. Questa situazione ha molteplici ripercussioni, sia per il soggetto a rischio di esprimere comportamenti criminosi, sia per le popolazioni che vivono in aree con alti tassi di criminalità, la cui salute psico-fisica dei residenti della criminalità reale o percepita.⁹⁰

Figura 11. Un livello di reddito inferiore è correlato a una maggiore prevalenza di obesità nei paesi dell'Europa occidentale

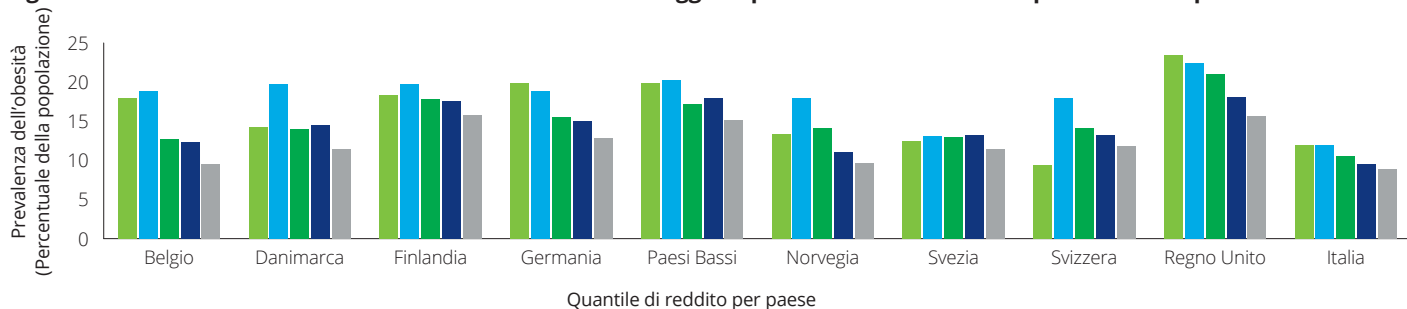
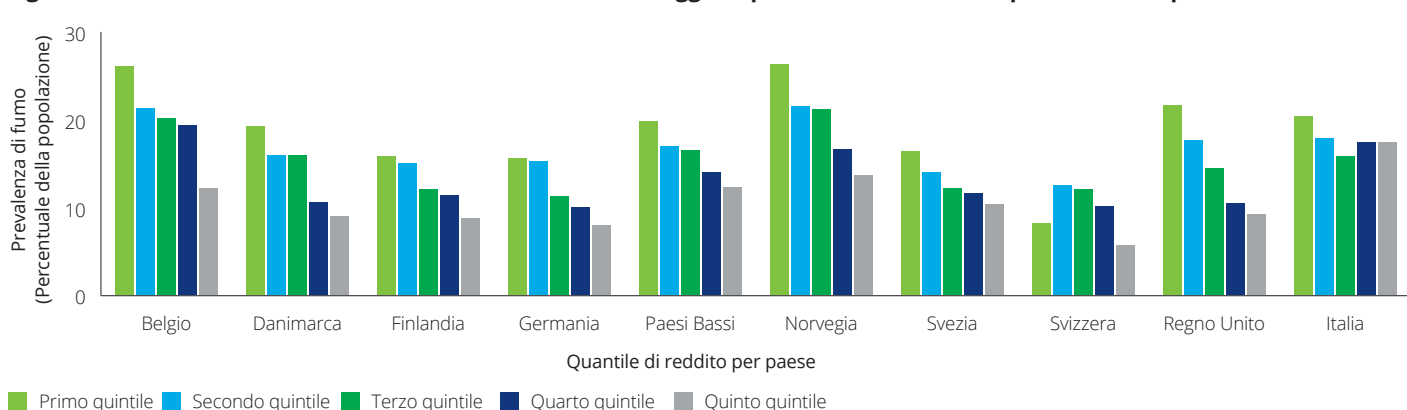


Figura 12. Un livello di reddito inferiore è correlato a una maggiore prevalenza di fumo nei paesi dell'Europa occidentale



Fonte: Eurostat, 2014

Nota: Il gruppo del primo quintile rappresenta il 20% della popolazione con il reddito più basso (un reddito inferiore o pari al primo valore di cut-off), mentre il gruppo del quinto quintile rappresenta il 20% della popolazione con il reddito più alto (un reddito superiore al quarto valore di cut-off)

Esempi di buone prassi

Promuovere la partecipazione attiva nella società



Esempio 6: Promuovere la salute significa promuovere l'occupazione – JobFit (Germania)

L'Agenzia federale tedesca per l'occupazione ha stabilito un accordo con i fondi di assicurazione sanitaria obbligatoria allo scopo di integrare la promozione della salute nell'attività dei centri locali per la ricerca del lavoro, con l'obiettivo di migliorare lo stato di salute e l'occupazione di chi riceve sussidi. Da giugno 2014 a giugno 2015, in sei regioni pilota, sono stati inseriti nei curriculum di formazione degli aspiranti lavoratori speciali corsi di formazione sulla necessità di adottare comportamenti sani e sulla possibilità di ridurre i fattori di stress. Per ogni disoccupato sono stati messi a punto strategie e approcci personalizzati, finalizzati a valutare il livello personale di competenze attraverso colloqui motivazionali e programmi mirati di promozione della salute. I programmi di assicurazione sanitaria obbligatoria sostengono finanziariamente varie iniziative di formazione, in particolare i corsi di prevenzione, le sessioni di gestione dello stress e il training di gruppo. Sono state inoltre predisposte specifiche sessioni di formazione in materia di sanità pubblica per i 134 membri dello staff dei centri per l'impiego e per gli istruttori. Grazie a questo programma si è venuta a creare una rete di collaborazione tra le istituzioni nel campo del lavoro e della formazione per i disoccupati, gli enti assicurativi, gli enti di beneficenza e le aziende locali. Per i 1.366 partecipanti al programma pilota i risultati principali sono stati la riduzione dei giorni di malattia, il miglioramento dei comportamenti per mantenere una buona salute tramite l'attività fisica ed una corretta alimentazione e la riduzione dello stress psicosociale, con risvolti positivi sulla possibilità di trovare occupazione. I casi di cattiva salute, come riportato dagli stessi partecipanti, sono scesi dal 46% al 32%. Il programma pilota è stato esteso e adottato in 50 centri per l'impiego in Germania. ^{91,92}



Esempio 7: Far fronte alle sfide: promuovere comportamenti sani attraverso la collaborazione tra settore pubblico e privato (Danimarca, Canada, Cina, Italia, Messico, Stati Uniti, Sud Africa)

Le aziende del settore privato stanno assumendo un ruolo sempre più attivo negli interventi per la promozione dei comportamenti sani e il miglioramento dello stato di salute delle popolazioni delle comunità vulnerabili. Queste iniziative prevedono un'azione congiunta del settore pubblico e privato, finalizzata a risolvere le disuguaglianze nello stato di salute nelle comunità locali e promuovere comportamenti sani sul luogo di lavoro. Un esempio di queste collaborazioni è il programma per la lotta al diabete "Cities Changing Diabetes", attuato in varie città come Copenhagen, Houston, Johannesburg, Città del Messico, Roma, Shanghai, Tientsin e Vancouver. I principali partner di questo programma sono Novo Nordisk, la University College London e Steno Diabetes Center (Danimarca) che collaborano con numerose realtà locali nel settore della sanità per condividere soluzioni e azioni di contrasto al diabete nelle principali città del mondo. A Copenhagen, tra i partner locali si annoverano l'amministrazione comunale, la University of Copenhagen e la Danish Diabetes Association. Le nuove politiche cittadine per la lotta al diabete sono state sviluppate proprio partendo dagli insight ottenuti tramite le ricerche riguardanti l'integrazione tra norme sociali e choice architecture nella progettazione urbana delle comunità più vulnerabili e difficili da raggiungere.⁹³

L'età adulta e lavorativa rappresenta una parte consistente della vita produttiva di una persona, è la fase in cui si manifestano le opportunità economico-produttive e di mobilità sociale.

Vecchiaia e maggiore fragilità

Durata e qualità di vita



Fino alla metà degli anni 2000, si pensava che il divario tra poveri e ricchi o istruiti e meno istruiti non rappresentasse una preoccupazione nella popolazione più anziana. Si riteneva infatti che l'età avesse un effetto di "livellamento" delle disuguaglianze socio-economiche. Studi trasversali hanno

invece dimostrato l'esistenza di una relazione diretta tra svantaggio socio-economico e aumento del rischio di disabilità, malattie croniche, morbidità, depressione e riduzione delle funzioni cognitive in tutte le fasce d'età. Dalle ricerche è emerso che il rischio di contrarre malattie croniche aumenta dal 30 al 65% per le persone anziane appartenenti alle fasce socio-economiche inferiori, rispetto ai soggetti di gruppi sociali più privilegiati.⁹⁴

Inoltre, durante la vecchiaia le disuguaglianze di salute non solo persistono, ma si aggravano. Stando ai dati, la disabilità si attesta al 5,8% nei soggetti sotto i 18 anni, al 44% nei soggetti tra 65 e 74 anni e all'84% nei soggetti oltre gli 85 anni. Una disabilità pregressa o l'insorgere di una disabilità in età avanzata sono due fattori che predispongono maggiormente all'isolamento sociale e alla povertà.⁹⁵

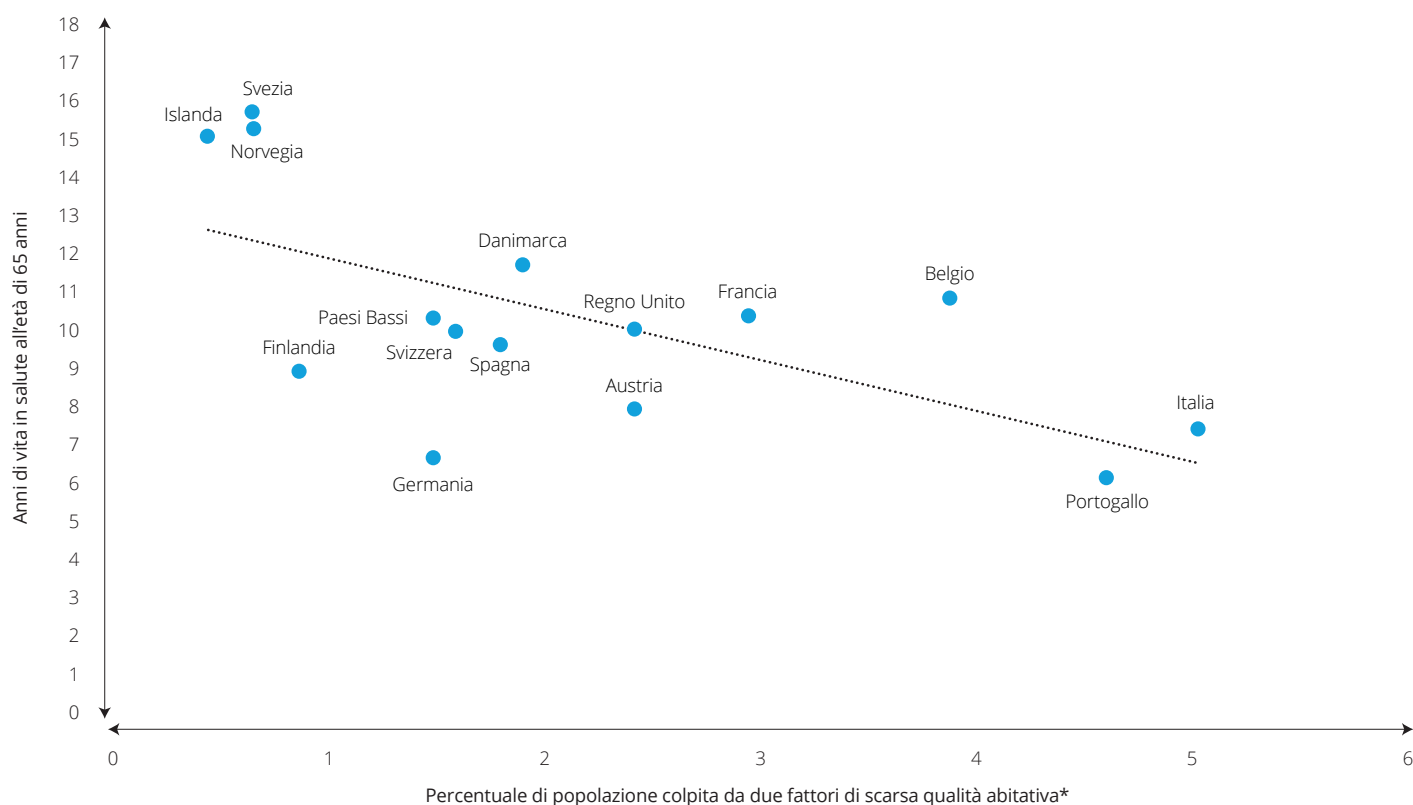
Lo studio sull'invecchiamento condotto in Inghilterra tra il 2002 e il 2010 ha rilevato che gli uomini e le donne con uno status economico più alto, in termini di ricchezza o istruzione, presentavano lo stesso livello di buona salute fisica delle persone con status economico inferiore di 15 anni più giovani.⁹⁶ L'invecchiamento ha effetti negativi sulle abilità fisiche e sulla capacità di partecipare ad attività sociali, con conseguente insorgenza o aggravamento di patologie pre-esistenti da tempo, come diabete, malattie cardiovascolari, malattie polmonari ostruttive croniche e depressione.⁹⁷

In tutta Europa, la depressione colpisce tra il 10 e il 15% delle persone con più di 65 anni, una percentuale che aumenta a dismisura nelle classi socio-economiche inferiori. Solo le malattie cardiovascolari incidono sul tasso di morbidità e mortalità più della depressione. Eppure, la depressione resta sottostimata e fortemente stigmatizzata in tutta Europa.⁹⁸ Negli anziani depressi, l'incidenza di due o più malattie croniche aumenta da due a tre volte, mentre la probabilità che insorga almeno una limitazione alle attività quotidiane aumenta da due a sei volte. La depressione è la causa principale dei suicidi in Europa. I tassi di suicidi e autolesionismo sono maggiori del 26% sopra i 65 anni rispetto ai cittadini di età compresa tra 25 e 64 anni. Nel 90% dei paesi europei, il tasso di suicidi raggiunge il suo massimo negli over 75.⁹⁹

Alcuni gruppi "dimenticati" di anziani sono maggiormente a rischio di ammalarsi. Tra questi rientrano le donne, i membri di minoranze etniche e culturali, le persone socialmente isolate e gli anziani disabili. Mentre il rischio di mortalità aumenta per la maggior parte degli uomini anziani affetti da patologie croniche, le donne presentano un rischio maggiore di disabilità da invecchiamento per molteplici fattori. La maggiore durata di vita le espone inoltre a un rischio più alto di isolamento sociale e, di conseguenza, alla perdita di indipendenza. Molte donne anziane sono figure di riferimento all'interno della famiglia e molte investono tutte le proprie energie per assistere un familiare a discapito della propria salute. Le donne generalmente non si concedono lo stesso periodo di convalescenza degli uomini, e quando hanno problemi si dimostrano più stoiche e pazienti, un atteggiamento che le porta a ritardare il ricorso alle cure mediche.¹⁰⁰

In media, in Europa, il 31,4% degli anziani vive da solo.¹⁰¹ Invecchiando e diventando più fragili, gli adulti vulnerabili hanno sempre più bisogno di aiuti quotidiani per poter rimanere a vivere nelle proprie abitazioni, come ad esempio l'adeguamento delle strutture edilizie e la fornitura di assistenza domiciliare.¹⁰² Tuttavia, nel Regno Unito, gli interventi a sostegno della promozione della vita indipendente degli anziani nelle proprie abitazioni sono stati gravemente colpiti dai tagli ai servizi assistenziali, che hanno comportato una riduzione di quasi un quinto della spesa tra il 2010-11 e il 2013-14. Ciò ha compromesso l'adozione di migliori strategie di prevenzione per ritardare o impedire l'insorgere di necessità assistenziali più gravi.¹⁰³

Per le persone anziane, poter disporre di un'abitazione idonea è indispensabile affinché possano rimanere il più possibile sani e indipendenti. Nel Regno Unito, tuttavia, una casa su cinque non soddisfa gli standard abitativi dignitosi e il degrado abitativo costa al servizio sanitario nazionale da 1,4 miliardi a 2 miliardi di sterline all'anno solo in Inghilterra.¹⁰⁴ Ad esempio, vivere in una casa fredda espone gli anziani a malanni rendendoli particolarmente vulnerabili a causa del maggiore rischio di malattie cardiache e respiratorie e dell'aggravarsi di patologie come l'artrite e i reumatismi. L'aumento dei tagli nei finanziamenti per il miglioramento delle condizioni abitative e per le ristrutturazioni colpisce in particolare le persone più anziane a basso reddito con casa di proprietà.¹⁰⁵ In tutta Europa si riscontra una relazione diretta tra incremento del tasso di scarsa qualità abitativa e riduzione degli anni di vita in salute dopo i 65 anni (Figura 13).^{106, 107}

Figure 13. Un alto livello di scarsa qualità abitativa è correlato a un minor numero di anni in salute dopo i 65.

Fonte: Organizzazione Mondiale della Sanità, Eurostat, 2016

*Nota: L'indicatore definisce la percentuale di popolazione colpita da ciascun fattore di deprivazione abitativa. I fattori presi in considerazione sono: perdite nel tetto, umidità nelle pareti/pavimenti/fondamenta, deterioramento dei serramenti o del pavimento; assenza di vasca da bagno o doccia nell'abitazione; assenza di WC a uso esclusivo del nucleo familiare; problemi dell'abitazione: troppo buia, non sufficientemente luminosa

La disuguaglianza nell'assistenza alle persone anziane è inoltre influenzata dai modelli di utilizzo delle cure preventive ed alla regolarità di accesso alle stesse. I modelli di utilizzo rafforzano la legge dell'assistenza inversa, secondo la quale i soggetti più bisognosi spesso hanno meno accesso alle cure e formano gruppi di pazienti difficili da raggiungere. In Europa, la pianificazione urbana dei servizi di assistenza sanitaria, la disponibilità di servizi di trasporto e i vari livelli di alfabetizzazione sanitaria ostacolano l'accesso alle cure. Nei soggetti che ricevono servizi di assistenza sociale, un minore utilizzo delle cure preventive e regolari comporta un maggiore ricorso a cure di emergenza e un maggior rischio di ospedalizzazione.¹⁰⁸

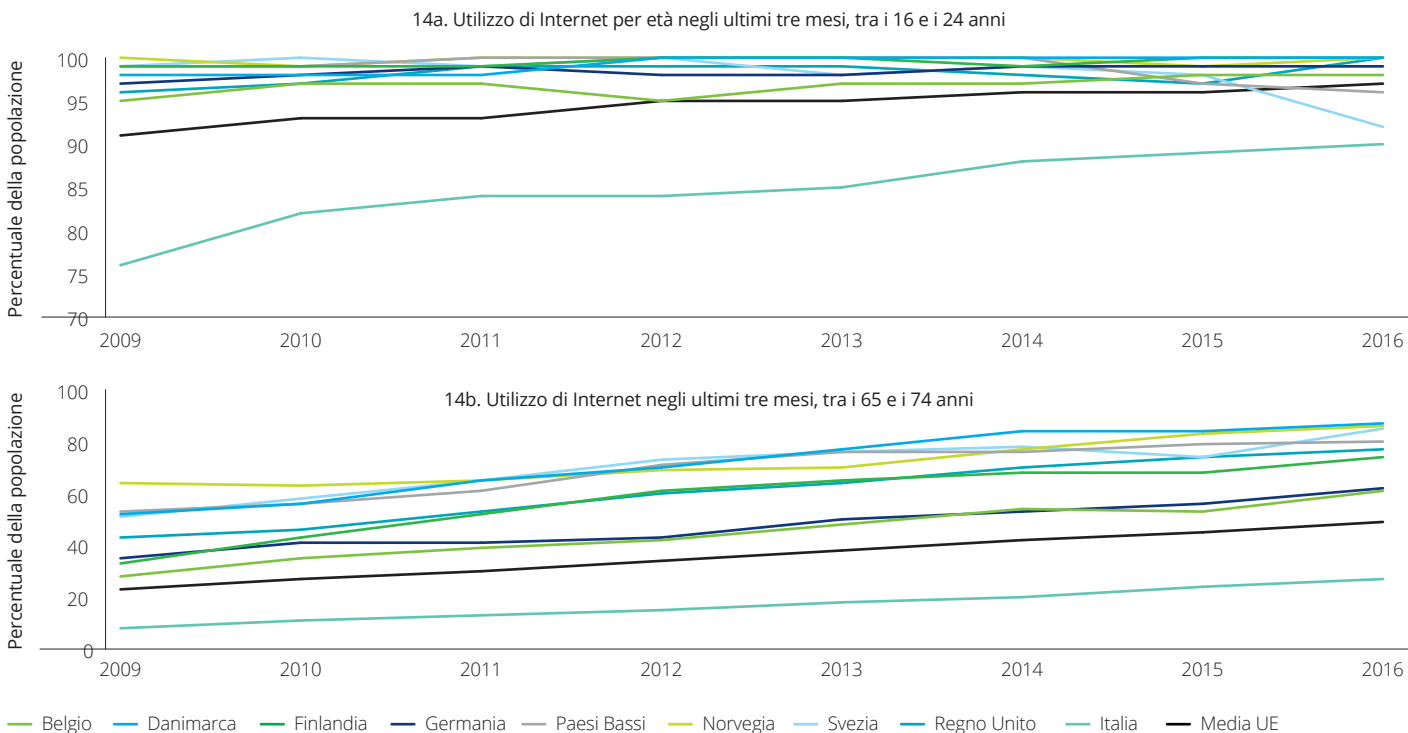
Come gruppo, le persone anziane forniscono un contributo economico e sociale notevole alla collettività in ambiti come il volontariato, l'accudimento dei bambini e di altri adulti. Ciò non vale tuttavia per gli anziani provenienti da famiglie vulnerabili e che hanno vissuto in condizioni svantaggiate per tutta la vita: nella maggior parte dei casi, infatti, le loro condizioni fisiche impediscono di contribuire alle necessità della famiglia, diventando addirittura un'ulteriore causa di svantaggio. Inoltre, nelle famiglie vulnerabili, le esigenze dei componenti anziani non vengono spesso gestite in modo adeguato: molte volte l'assistenza degli anziani è demandata a soggetti esterni, situazione che aggrava la loro condizione di solitudine e la loro salute mentale. La domanda di servizi e i costi per l'assistenza socio-sanitaria tendono di conseguenza ad accumularsi in tutte le generazioni.

Per superare le sfide poste dall'isolamento sociale e dalla scarsa alfabetizzazione sanitaria all'aumento della domanda di servizi sanitari e dei relativi costi la maggior parte dei paesi europei punta a implementare alcune soluzioni tecnologiche. La tecnologia può ridurre gli svantaggi, l'isolamento e la marginalizzazione che colpiscono gran parte degli anziani. Alla domanda su quale sia il loro mezzo di informazione preferito, gli anziani spesso rispondono la televisione e la radio. Tuttavia, un numero crescente di anziani ritiene Internet e gli smartphone strumenti utili per rimanere in contatto con parenti e amici. La tecnologia inoltre garantisce un maggior livello di sicurezza in casa, rende l'assistenza sanitaria più facile, fornisce nuovi stimoli alle vite delle persone anziane e rende le informazioni più accessibili.¹⁰⁹

L'accesso a Internet in banda larga, i dispositivi mobili e i computer stanno dunque diventando una determinante sociale importante della salute, specialmente per le persone più anziane.

Nei paesi dell'Europa occidentale, in media l'11% delle persone non ha accesso a una connessione Internet in banda larga, la cui installazione è principalmente ostacolata da mancanza di competenze e da costi elevati.^{110, 111, 112} L'utilizzo di Internet varia in base all'età (vedere le Figure 14a e 14b).¹¹³ La percentuale di anziani che utilizza Internet almeno una volta alla settimana si attesta in media sul 41% nei 28 paesi dell'Unione Europea, con variazioni che vanno dall'83% di utenti settimanali dell'Islanda al 51% di utenti settimanali del Belgio. Oltre il 69% degli europei senza competenze digitali di base ha più di 55 anni. Secondo i dati dell'OCSE, la portata delle attività svolte con Internet dagli utenti con un background di istruzione di alto livello supera in media del 58% quella delle persone meno istruite. I dati provenienti dal Regno Unito mettono l'accento sul rischio elevato di esclusione digitale per le persone più anziane con status socio-economico basso: tra gli anziani a basso reddito il tasso di utilizzo di Internet diminuisce infatti di cinque volte rispetto a quelli con i redditi più alti. Il mancato utilizzo di Internet è associato anche alla percezione personale di uno stato di salute carente.^{114, 115}

Figura 14. Differenze nell'utilizzo di Internet tra paesi e per età



Fonte: Eurostat, 2017

Nota: Ai fini della leggibilità, i valori dell'asse verticale sono diversi tra le Figure 14a e 14b

Esempi di buone prassi

Garantire inclusione sociale, assistenza e sostegno



Esempio 8: Fornire agli anziani condizioni abitative dignitose e sicure per migliorare i risultati e ridurre i costi (Regno Unito)

In tutto il Regno Unito le associazioni che operano in ambito abitativo e le autorità locali collaborano per migliorare gli standard abitativi delle persone anziane che vivono in alloggi pubblici. Alcuni esempi.

L'associazione abitativa locale di Staffordshire promuove gli investimenti nella realizzazione di misure di prevenzione, partendo dal presupposto che i costi medi per una caduta in casa, con conseguente rottura del bacino, ammontano a 28.665 £, ovvero 100 volte più della fornitura di semplici accorgimenti di sicurezza domestica, come maniglioni e corrimano.

L'associazione ExtraCare Charitable Trust fornisce assistenza ad anziani in 14 residenze e 17 complessi abitativi. Attraverso il servizio ExtraCare Wellbeing, vengono svolte visite a domicilio per le cure preventive e viene offerta assistenza giornaliera nel trattamento delle patologie di lunga durata. Da una valutazione indipendente condotta su 162 nuovi residenti contro 39 partecipanti di controllo è emerso che, nel corso di 12 mesi, le condizioni del 19% del gruppo di intervento erano passate dallo stato di "pre-fragilità" a quello di "resilienza" e vi era stato un miglioramento generale dei livelli di depressione e delle funzioni cognitive. Le visite programmate del medico di base erano diminuite del 46%, mentre i ricoveri programmati erano scesi del 31%, con una riduzione complessiva del 38% dei costi per il Servizio Sanitario Nazionale per il gruppo di intervento e un risparmio di 1.115 £ all'anno per ogni persona.

Il progetto Hyde Healthy Living Project viene incontro alle necessità delle persone con più di 75 anni che vivono in aree plurisvantaggiate. Il progetto riunisce gli investimenti di Tameside Council, New Charter Group e Tameside and Glossop Clinical Commissioning Group che operano con team di assistenza primaria presso otto studi medici. L'attività di triage svolta all'interno della comunità va a sostegno degli interventi precoci, sia sul piano sociale che medico. L'obiettivo del progetto è garantire che le persone ricevano un'assistenza adeguata all'interno della comunità. Il confronto fra i costi e i benefici ha evidenziato che il progetto ha prodotto un impatto sociale e risultati sanitari per 2,81 £ per ogni sterlina investita, di cui il 37% in termini di costi sanitari evitati.^{116, 117, 118}



Esempio 9: Telemonitoraggio e coaching sanitario per migliorare la salute degli anziani (Finlandia)

Il progetto finlandese di telemonitoraggio e coaching sanitario "Remote monitoring and health coaching in South Karelia" ha evidenziato che il principale fattore di successo per raggiungere gli anziani vulnerabili con una patologia cronica è il connubio tra la sanità elettronica e le tecnologie mobili con coach sanitari personali. I servizi

mobili sono stati forniti presso il domicilio o nelle strutture di cura da appositi team in collaborazione con nove utility regionali. Il progetto ha aiutato gli anziani a mantenere le interazioni sociali e ad accedere a Internet, per poter usufruire della teleassistenza sanitaria all'interno della comunità. Inoltre, attraverso il coinvolgimento in attività culturali, si è cercato di ridurre l'isolamento con effetti positivi sui risultati sanitari.¹¹⁹



Esempio 10: Cooperazione Creativa di contesti urbani sani: l'approccio alla salute di Utrecht (Paesi Bassi)

Utrecht è la città con il ritmo di crescita più veloce dei Paesi Bassi. Per analizzare le condizioni di salute della sua popolazione, nel 2014 la città ha condotto uno studio di monitoraggio della salute pubblica che, pur evidenziando un buon livello generale di salute dei residenti, ha fatto emergere alcune disuguaglianze. Di conseguenza le autorità locali hanno messo a punto una strategia completa per la salute pubblica, basata sui principi di cooperazione creativa e di collaborazione tra i settori, per promuovere stili di vita più sani e migliori condizioni abitative. La strategia ruota attorno a tre capisaldi: "healthy city", "healthy neighbourhood" e "healthy start", e considera la buona salute come un obiettivo, oltre che come uno strumento per raggiungere altri obiettivi personali, come la partecipazione sociale, il successo e la crescita professionali. La città ha lavorato alla creazione di una comunità in salute a livello di distretto e di quartiere e fa da collettore per i diversi soggetti in causa: residenti volontari, organizzazioni della comunità (tra cui scuole, attività locali, fornitori di servizio socio-assistenziali e compagnie assicurative) e amministrazione locale. Tra i suoi ambiti di azione vi sono gli standard abitativi, l'alimentazione e l'assistenza. L'iniziativa è sostenuta dal programma di incentivi nazionale "Healthy in the City", che stanziava budget mirati per la riduzione delle disuguaglianze nello stato di salute, soprattutto in età avanzata, e rappresenta una piattaforma per la condivisione di conoscenze. Hoograven Together, ad esempio, è un servizio di base che rende i residenti anziani protagonisti in prima linea in attività sociali, riducendo la solitudine in quella fascia d'età. La città sta compiendo ulteriori investimenti per trasformare il monitoraggio della salute pubblica in uno strumento moderno e trasparente di conoscenza, con l'obiettivo di tenere sotto controllo i risultati delle iniziative, compreso il ritorno dell'investimento.^{120, 121}

Studi trasversali hanno dimostrato l'esistenza di una relazione diretta tra svantaggio socio-economico e aumento del rischio di disabilità, malattie croniche, morbilità, depressione e riduzione delle funzioni cognitive in tutte le fasce d'età. Dalle ricerche è emerso che il rischio di contrarre malattie croniche aumenta dal 30 al 65% per le persone anziane appartenenti alle fasce socio-economiche inferiori, rispetto ai soggetti di gruppi sociali più privilegiati.

Soluzioni integrate per migliorare i risultati in tutte le fasi della vita

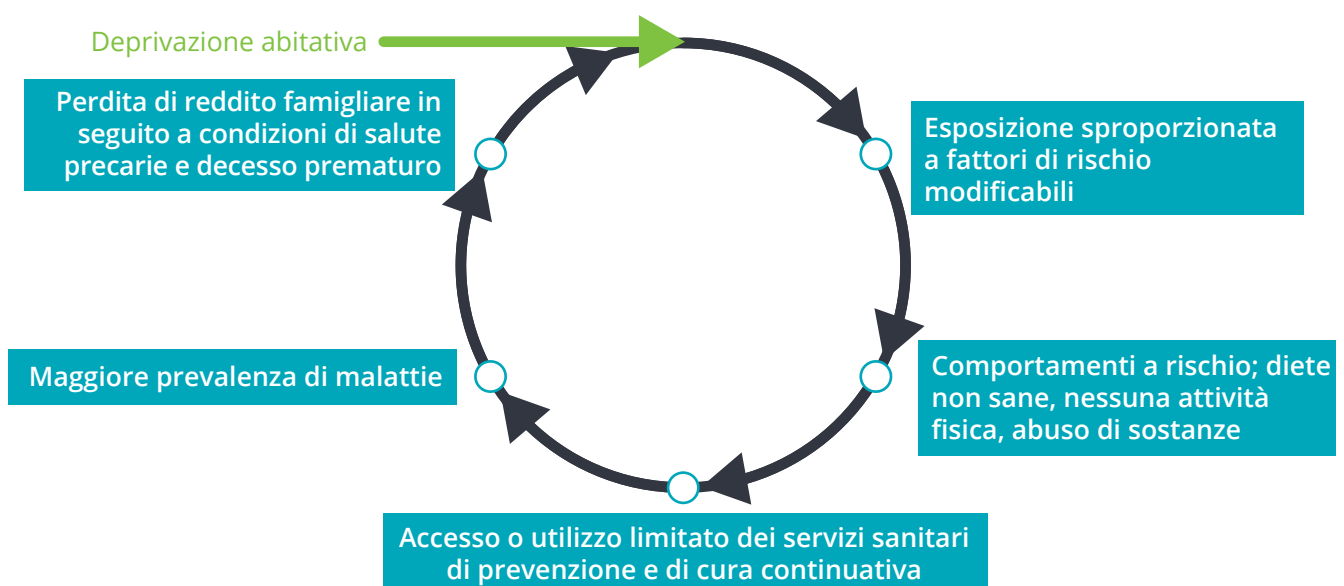
L'adozione di un approccio olistico che abbraccia tutte le fasi della vita fa capire che i fattori che incidono sulle diverse fasce d'età hanno effetti sulla salute e sul benessere di una persona per tutta la sua esistenza e richiedono un'integrazione mirata.

La Figura 15 mostra come la vulnerabilità familiare, in particolare la povertà e la malattia, si perpetuano a vicenda. Le politiche indirizzate alle famiglie vulnerabili a livello europeo sono sempre più consapevoli che garantire a ogni bambino le migliori condizioni di vita sin dall'inizio è un buon viatico per ottenere vantaggi sociali e sanitari eccellenti. Ciononostante, queste iniziative spesso non si legano in modo adeguato con interventi indirizzati ad altri stadi della vita e non riescono a evitare il perpetuarsi di condizioni di vulnerabilità, a garantire il sostegno intergenerazionale e a ridurre costi evitabili.

Le policy maker e i principali esponenti dei sistemi sanitari europei sono concordi nell'affermare che una migliore integrazione tra sistemi sanitari e socio-assistenziali potrebbe potenzialmente agire sui vari problemi che causano le disuguaglianze nello stato di salute, facendo diminuire allo stesso tempo i costi complessivi. Ciascuno dei paesi presi in esame in questo rapporto fatica tuttavia a implementare soluzioni integrate con un ritmo e una portata sufficienti.

Questa sezione presenta una serie di soluzioni integrate innovative, testate a livello europeo, che coinvolgono un ampio spettro di stakeholder impegnati ad alto livello nelle istituzioni del governo locale e centrale, tra cui istruzione, abitazione, trasporti, ambiente, polizia, servizi antincendio e di soccorso. Inoltre, si rifà a esempi di buone prassi adottate in altre parti del mondo, che dimostrano che le conoscenze apprese nella risoluzione dei problemi di vulnerabilità delle famiglie attraverso azioni collettive potrebbero essere applicate più diffusamente per contribuire alla riduzione delle disuguaglianze nello stato di salute e migliorare le opportunità di intere popolazioni di vivere una vita sana e produttiva.

Figura 15. Il circolo vizioso della deprivazione sociale e della malattia



Fonte: Deloitte Centre for Health Solutions, 2017

Esempi di buone prassi



Esempio 11: Un approccio integrato per fornire sostegno alle famiglie a rischio (Danimarca)

I dati sulla popolazione danese mostrano che i bambini e i giovani seguiti dai servizi sociali sin dall'infanzia sono ancora tra i maggiori beneficiari dei sistemi di welfare nella vita adulta. Deloitte Denmark ha collaborato con il Ministero degli Interni e degli Affari Sociali e l'Autorità danese per il mercato del lavoro allo sviluppo di un nuovo approccio integrato e degli strumenti di monitoraggio, per risolvere le esigenze delle famiglie vulnerabili. Uno screening sistematico dei bisogni dei residenti, basato su un metodo di valutazione standardizzato a livello nazionale, viene in supporto al coordinatore locale, con dati strutturati sulle sfide, le risorse e i desideri degli abitanti. La frequenza dei rapporti permette di monitorare costantemente i progressi delle famiglie in termini di benessere, occupazione, frequenza scolastica, attività ricreative e altri indicatori. Vengono monitorati anche i costi complessivi degli interventi e dei sussidi per documentare il ritorno sociale dell'investimento. I dati vengono confrontati con una rilevazione di riferimento eseguita all'avvio dell'iniziativa, oltre che con i risultati di un gruppo di controllo. Per ottenere la massima efficacia dagli interventi, ogni ente coinvolto nel progetto applica un modello di cooperazione, assicurando interventi integrati e standardizzati in tutte le organizzazioni partecipanti. Avviato nel 2014, il progetto attualmente segue dieci enti e stila rapporti su circa 400 famiglie ogni tre mesi. I risultati valutano il miglioramento del benessere e delle capacità funzionali dei bambini e dei genitori. A oggi i risultati indicano:

- Un incremento del 15% nel numero di adulti iscritti a regolari programmi di occupazione e istruzione
- Una riduzione del 10% delle assenze scolastiche
- Una riduzione del 9% degli stati di stress e di depressione negli adulti
- Un incremento del 16% nel numero di bambini che riferisce di avere raggiunto un adeguato livello di benessere.

La famiglie partecipanti e il personale dei servizi sociali sono molto soddisfatti. I dati sulla valutazione economica dell'intervento evidenziano un risparmio annuo di 88.100 \$ per le famiglie con situazioni moderatamente problematiche e uscite dalla condizione di vulnerabilità e di 117.500 \$ per i casi in cui la situazione passa da gravemente a lievemente problematica. Considerati i costi del progetto, ciò significa che basta che una sola famiglia tra le 25 dello studio superi con successo la condizione di svantaggio perché il progetto raggiunga il break-even.^{122, 123, 124}

Le politiche indirizzate alle famiglie vulnerabili a livello europeo sono sempre più consapevoli che garantire a ogni bambino le migliori condizioni di vita sin dall'inizio è un buon viatico per ottenere vantaggi sociali e sanitari eccellenti.



Esempio 12: Il settore pubblico nel suo complesso: l'importanza dell'integrazione fra servizi (Regno Unito)

Consapevoli del fatto che rischi di incendio e condizioni di salute sono correlati a cattive condizioni sociali, i servizi antincendio del Regno Unito stanno intensificando le collaborazioni con altri servizi pubblici per contrastare le disuguaglianze nello stato di salute. Le strategie di prevenzione dei rischi di incendi viaggiano su due binari paralleli: da un lato, risolvere le situazioni problematiche nell'ambito della povertà, delle cattive condizioni abitative, delle abitudini al fumo e dell'isolamento sociale, dall'altro portare benefici alla salute della popolazione. Ad esempio, i servizi antincendio e di soccorso di Merseyside si sono attivati per risolvere le disuguaglianze nello stato di salute all'interno della comunità, spiegando alle persone i vantaggi dell'esercizio fisico, dell'alimentazione corretta e degli stili di vita sani. Tra le numerose iniziative promosse dal servizio, rientra il programma Fire Fit lanciato nel 2008, che vede i vigili del fuoco dare il buon esempio per spronare le persone a fare attività sportiva. Il programma è stato attuato in tutta la comunità e ha promosso oltre 40 eventi all'anno. Ogni settimana, squadre di vigili del fuoco si recano nelle scuole, specialmente quelle ritenute più bisognose, e tengono incontri da 60-90 minuti in cui si svolgono attività fisiche come calcio e corsa per i bambini di 5 e 6 anni. Nel 2015, il programma Fire Fit ha ricevuto finanziamenti per condurre un progetto di attività fisica nelle scuole di Toxteth, finalizzato a migliorare le motivazioni per un cambiamento comportamentale a lungo termine. È stata inoltre istituita una partnership tra Fire Fit e i ricercatori della Liverpool John Moores University per valutare gli effetti del programma. Dallo studio è emerso che, rispetto alle tradizionali lezioni di educazione fisica, gli incontri svolti da Fire Fit nelle classi hanno aumentato la motivazione verso l'attività fisica coinvolgendo un numero maggiore di bambini dei gruppi vulnerabili. A trarre maggiore beneficio dall'ambiente non competitivo degli incontri sono state le bambine, tra le quali è aumentato il numero di chi svolge regolarmente attività fisica per periodi prolungati. Il team di ricerca, ora guidato dai vigili del fuoco, sta vagliando alcune opportunità per accrescere il coaching volontario, allo scopo di espandere con successo il programma Fire Fit. Un altro elemento dell'iniziativa Fire Fit riguarda la costruzione del centro sportivo e di aggregazione giovanile da 5,2 milioni di sterline aperto nel 2013. Il Fire Fit Hub è stato costruito con i finanziamenti del servizio antincendio e di soccorso di Merseyside, del Dipartimento dell'istruzione e dell'amministrazione comunale di Liverpool. Di recente, il programma Fire Fit ha siglato un'alleanza strategica con il programma Liverpool Football Club Foundation Kicks Programme, l'ente di beneficenza ufficiale del Liverpool Football Club, per intervenire in cinque delle aree più povere della regione. Il programma fa leva sul calcio e su una sigla di richiamo come quella dell'LFC per "agganciare" adolescenti e giovani, e offre una serie di incontri formativi tenuti dai servizi antincendio e da altre agenzie su svariati argomenti, tra cui l'abuso di alcol e droghe, la sicurezza stradale ed il pericolo di accoltellamenti.¹²⁵

I policy maker e i principali esponenti dei sistemi sanitari europei sono concordi nell'affermare che una migliore integrazione tra sistemi sanitari e socio-assistenziali potrebbe potenzialmente agire sui vari problemi che causano le disuguaglianze nello stato di salute riducendo allo stesso tempo i costi complessivi. Ciascuno dei paesi presi in esame in questo rapporto fatica tuttavia a implementare soluzioni integrate con un ritmo e una portata sufficienti.



Esempio 13: Iniziativa congiunta di pianificazione di un sistema di assistenza integrato con le popolazioni locali (Svezia)

Il consiglio regionale di Jönköping è un ente amministrativo cui fanno capo 340.000 persone nel sud della Svezia. Tra i suoi compiti rientrano la pianificazione, lo stanziamento di fondi e l'erogazione di servizi sanitari alla popolazione, in collaborazione con i governi locali, allo scopo di garantire un coordinamento tra questi e altri servizi. La devolution di poteri in Svezia ha conferito al consiglio di Jönköping un alto livello di potere decisionale. Da oltre 20 anni il consiglio persegue l'obiettivo di offrire agli abitanti una buona qualità di vita in un paese attrattivo. Le persone sostengono colloqui in età diverse, per discutere del loro stato di salute e fare emergere motivazioni personali utilizzabili per promuovere comportamenti sani. Quando le persone si rivolgono ai servizi socio-sanitari, vengono affiancate da professionisti che seguono anche la famiglia, per mettere a punto un intervento mirato ed ottenere i risultati attesi. Il programma "Passion for Life" di Jönköping, indirizzato ai cittadini più anziani, punta, attraverso incontri di gruppo, ad aumentare le connessioni sociali degli anziani, dando loro gli strumenti per condurre una vita sana. Gli incontri, o "life café", si tengono in varie sedi, in base all'argomento discusso, come ad esempio nelle palestre, se l'argomento è l'attività fisica, con l'aiuto di coach e volontari. Partendo dal modello dei "life café" sono state attuate altre iniziative volte a incrementare le connessioni sociali in gruppi diversi della popolazione, tra cui incontri incentrati sui bisogni delle minoranze, gli aspetti intergenerazionali e le opportunità di contatto tra persone che soffrono delle stesse patologie, affinché si sostengano a vicenda per prendersi cura della propria salute. Rispetto ad altre regioni svedesi, Jönköping può vantare buoni risultati, in quanto ha un punteggio tra i migliori, in termini di aspettativa di vita e percentuale di persone che riferiscono di mantenere un buono stato di salute, e tra i più bassi in termini di tassi di mortalità evitabili (come i decessi per fumo). Inoltre, si colloca ai primi posti per numero di persone che riferiscono di sostenere colloqui sugli stili di vita offerti dall'assistenza primaria. Il lavoro del consiglio regionale, finalizzato a migliorare l'assistenza agli anziani, ha portato a una riduzione consistente del numero di ricoveri ospedalieri per questo gruppo di persone.^{126, 127}



Esempio 14: Il programma "Connecting to Care" del Saskatchewan (Canada)

Lanciato nelle città pilota di Regina e Saskatoon nel 2015, con uno stanziamento iniziale da parte del governo di 1,5 milioni di \$ canadesi, il programma "Connecting to Care" si fonda sulla tecnica dell'"hotspotting", con cui i dati amministrativi vengono analizzati per individuare sottogruppi di pazienti che incidono sui costi e sull'utilizzo delle risorse sanitarie in modo sproporzionato. Secondo i dati dell'Health Quality Council, del Saskatchewan, l'1% dei pazienti produce circa il 21% della spesa ospedaliera. Il programma "Connecting to Care" sfrutta una strategia proattiva per prevenire i ricoveri e gli accessi al pronto soccorso, concentrando i propri sforzi sull'utilizzo puntuale dei servizi delle comunità, tra cui il sostegno alle cure mediche, psicologiche e contro le dipendenze, oltre ai servizi di assistenza per i bisogni sociali. Un team composto da infermieri, consulenti e promotori del benessere coordina e sovrintende alla realizzazione di piani personalizzati per ciascun paziente all'interno del programma "Connecting to Care". I pazienti vengono selezionati in base ai loro bisogni precisi e alle loro precedenti abitudini di utilizzo dei servizi di assistenza sanitaria, oltre che ai rapporti dei fornitori dei servizi. La tecnologia svolge un ruolo decisivo nel programma: dall'utilizzo dei registri elettronici (EHR), alle connessioni con i partner di sostegno alla comunità, ai telefoni cellulari per tenere i contatti con i pazienti. Sebbene le valutazioni formali dei due programmi pilota non siano ancora disponibili a livello pubblico, nel caso del programma pilota "Regina" il numero di accessi al pronto soccorso e di ricoveri si è già ridotto. La diminuzione dei ricoveri è marcata e il risparmio medio per ogni giorno di ricovero evitato si attesta su 1.400 \$ canadesi.¹²⁸

Fare la differenza

“Le disuguaglianze nello stato di salute e le determinanti sociali non sono un aspetto secondario nei fattori che condizionano lo stato di salute, ma il fulcro della questione stessa.”

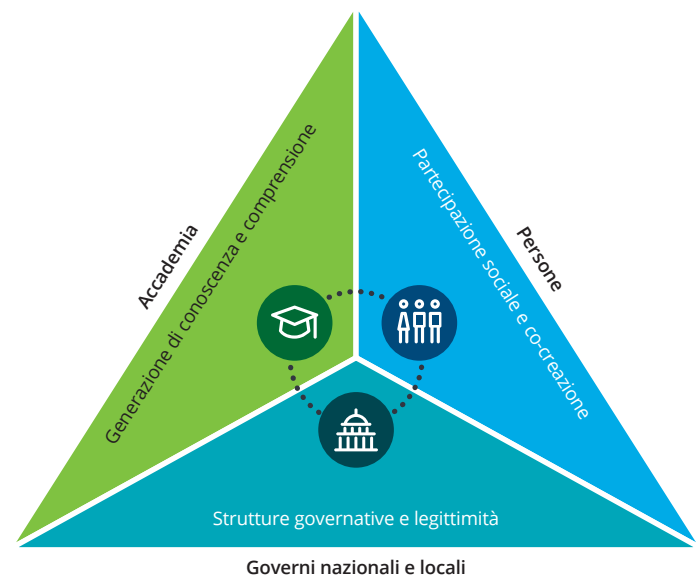
Sir Michael Marmot¹²⁹

I dati esposti in questo studio illustrano il dilemma che affligge molti paesi ad alto reddito: da un lato, le scienze e le tecnologie mediche hanno fornito gli strumenti e le informazioni necessari per promuovere importanti progressi in campo sanitario; dall'altro, molte nazioni vedono aumentare le disuguaglianze nello stato di salute tra chi sta meglio e chi sta peggio.

Nella maggioranza delle grandi città dei paesi ad alto reddito, infatti, il gradiente sociale è molto marcato in termini di aspettativa di vita e anni di vita vissuti senza disabilità, con un forte divario tra le aree più ricche e quelle più povere. Ad esempio, i gradienti sociali a Londra, Glasgow e New York mostrano tutti un divario di circa 20 anni nell'aspettativa di vita.¹³⁰

Nonostante la presenza di servizi socio-sanitari di alto livello, gran parte dei paesi dell'Europa Occidentale incontra difficoltà nell'eliminare le cause di un diverso stato di salute fra i cittadini, e ciò risulta specialmente evidente nelle famiglie vulnerabili. Queste famiglie sono infatti caratterizzate da problemi multipli e complessi, tra cui il fatto di avere genitori che non considerano come obiettivo raggiungibile un lavoro dignitoso e bambini seriamente esposti al rischio di uno svantaggio che perdura tutta la vita, dalla nascita alla morte. Storicamente, queste famiglie hanno sempre ricevuto servizi che tentavano di rispondere a problemi individuali e spesso in momenti critici (assenze ingiustificate da scuola, episodi di violenza domestica, comportamenti antisociali o disoccupazione). L'incapacità di risolvere queste cause, tuttavia, è spesso radicata in un approccio di tipo reattivo e settoriale, che viene privilegiato rispetto all'erogazione di servizi integrati e plurisettoriali. In questo studio ci siamo concentrati volutamente sui gruppi più svantaggiati della società, ovvero le famiglie vulnerabili o problematiche, con la convinzione che risolvere le disuguaglianze che le colpiscono consentirà di gettare le basi per una riduzione delle disuguaglianze nello stato di salute a livello più generale.

Figure 16. Il triangolo che muove la montagna



Fonte: WHO, 2009

La Figura 16 mostra la necessità di un approccio al cambiamento fondato su una collaborazione trilaterale tra i ricercatori accademici, le forze politiche e la collettività, tutti impegnati a risolvere l'enorme sfida socio-economica posta dalla salute disuguale.¹³¹ Le conoscenze sull'interazione tra i fattori, basate sui dati e fatti, devono essere tradotte in interventi politici concertati di empowerment dei cittadini in risposta ai fabbisogni locali. Le forze politiche devono garantire che le strutture governative esercitino i propri poteri e legittimino l'utilizzo delle risorse sulla base delle dimostrazioni addotte e del sostegno pubblico.

Gli esempi di buone prassi riportati in tutto il rapporto fanno emergere una realtà importante: affinché sia possibile ottenere un cambiamento sostenibile, gli stakeholder dovranno imparare da ciò che ha funzionato altrove e formare un fronte comune, superando i confini istituzionali e professionali. Rendere permeabili le tradizionali barriere tra i fornitori e gli utilizzatori dei servizi è fondamentale per la riuscita dell'impresa: attraverso la collaborazione si possono infatti ottenere risultati che vanno oltre l'ambito di azione e le capacità effettivi dei singoli stakeholder. Per fare questo occorrono reti peer-to-peer oltre ad abilità, competenze e responsabilità dinamiche. Gli stakeholder chiave di vari dipartimenti, dei governi nazionali e locali, della società civile e delle organizzazioni del settore pubblico devono collaborare con i cittadini e prendere decisioni collettive su come e dove investire in azioni congiunte, per ottenere i migliori risultati.

Un approccio di case management, coordinato con un punto di gatekeeping locale per l'accesso ai servizi, è alla base di tutte le iniziative di successo, tra cui la pianificazione di strategie per una tutela sociale più forte e la creazione di comunità coese e sane, che dimostrano l'importanza di andare oltre il breve termine e l'erogazione frammentata dei servizi.

Da un certo punto in avanti, l'aumento della spesa sanitaria complessiva non corrisponde a un miglioramento delle condizioni di salute; eppure, la spesa per la prevenzione e gli interventi precoci può e deve fare la differenza, soprattutto nei primi anni di vita o quando le persone iniziano a diventare fragili e ad aver bisogno di sostegno per rimanere indipendenti. Tuttavia, come emerge dal nostro precedente rapporto, *Vital Signs: How to deliver better healthcare across Europe*, gli investimenti nella prevenzione in Europa sono diminuiti dal 2009 a causa della crisi finanziaria.¹³² Nel 2013, infatti, i finanziamenti rivolti alla prevenzione in tutti i paesi europei si attestavano in media solo sul 3%.

Allo stesso tempo, anche la spesa pro-capite per i servizi sociali, i sussidi e le infrastrutture finanziate dal pubblico è diminuita, data la necessità dei governi di stare al passo con la crescente domanda di servizi in un periodo in cui le risorse sono sempre più limitate. Queste difficoltà si fanno ancora più marcate quando comparti separati si trovano a dover collaborare sul piano dei finanziamenti e in ambito operativo, sfociando in discussioni complesse su come raccogliere e destinare i fondi tra i settori per mettere in campo interventi sulle determinanti sociali della salute i cui risultati potranno vedersi solo dopo molti anni.

Di seguito vengono illustrate le azioni chiave individuate dalla nostra ricerca che gli stakeholder devono compiere per rompere il circolo della dipendenza e risolvere le disuguaglianze nello stato di salute a carico delle famiglie vulnerabili.

Le conoscenze sull'interazione tra i fattori, basate sui dati e fatti, devono essere tradotte in interventi politici concertati di empowerment dei cittadini in risposta ai fabbisogni locali. Le forze politiche devono garantire che le strutture governative esercitino i propri poteri e legittimino l'utilizzo delle risorse sulla base delle dimostrazioni addotte e del sostegno pubblico.

Azioni chiave per gli stakeholder



Le forze politiche dei governi nazionali e locali devono sviluppare programmi che aiutino le rispettive popolazioni a diventare più resilienti e, in particolare, risolvano i problemi complessi dei soggetti meno abbienti e più svantaggiati della società. Queste sono alcune delle azioni che rafforzano la resilienza intrinseca delle comunità e delle popolazioni:

- Combinare politiche nell'arco dell'esistenza che funzionino in sinergia e seguano l'approccio di un universalismo proporzionale, ovvero siano indirizzate a tutti, fornendo però maggiore sostegno ai soggetti più vulnerabili;
- Fornire servizi pubblici a livello locale basati su un identificativo univoco del cittadino, per monitorare gli effetti degli interventi in tempo reale; la condivisione internazionale sull'efficacia dei risultati degli interventi aiuterà tutti i governi a creare modelli di programmi sociali per avere ritorni maggiori degli investimenti, come ad esempio interventi nella prima infanzia, quando servono molti anni prima che i risultati diventino evidenti;
- Ridurre la povertà attraverso strategie che risolvono le disuguaglianze di reddito, a sostegno della parità delle opportunità in funzione dei risultati;
- Garantire il successo delle summenzionate politiche attraverso finanziamenti adeguati per l'assistenza socio-sanitaria. Ciò comprende nuovi modelli integrati di finanziamenti, incentrati sulle reali esigenze dei cittadini, sul commissioning e sulla fornitura di servizi, per evitare lo sfasamento dei costi e assicurare che gli incentivi siano bilanciati in tutte le parti del sistema.



I fornitori di servizi pubblici e il loro staff devono continuare a sviluppare nuovi modelli di collaborazione oltre i confini professionali, istituzionali e organizzativi. Tra questi rientrano:

- Una maggiore integrazione tra strategie di prevenzione e promozione della salute come obiettivo chiave del lavoro quotidiano dei dipendenti pubblici (insegnanti, addetti ai servizi antincendio e di soccorso, funzionari dei servizi abitativi e forze di polizia);
- Procedure standardizzate di valutazione delle condizioni sociali dell'individuo e delle famiglie nel primo punto di contatto con i servizi pubblici, soprattutto la sanità;
- L'utilizzo degli insight ottenuti dalle determinanti sociali, punteggi sanitari ed altri modelli predittivi come base informativa per il processo decisionale e per la prescrizione proattiva di interventi sociali e clinici;
- Il rinvio ad altri servizi ed all'assistenza sociale, laddove opportuno;
- La definizione di un approccio di "gatekeeping", per ridurre la moltitudine di servizi e di professionisti slegati che ruotano attorno alle famiglie con valutazioni, soglie, appuntamenti e misure frammentate e ripetitive;
- L'attenzione costante a misurare i risultati per le famiglie.



Le partnership in ambito accademico svolgono un ruolo decisivo nel processo costante di ricerca, per dipanare le complesse interconnessioni tra le determinanti sociali della salute e i risultati sanitari. Il focus della ricerca dovrebbe essere:

- Lo sviluppo e l'applicazione di strumenti analitici innovativi per indagare gli aspetti economici della sanità;
- L'aggregazione e la segmentazione dei dati sulla popolazione, per fornire un quadro in tempo reale della popolazione assistita;
- La tracciatura e l'analisi costanti dei risultati e del ritorno sugli investimenti.



Le organizzazioni del terzo settore e del settore privato devono collaborare nell'ottica di creare relazioni sostenibili, per promuovere l'utilizzo dell'assistenza sociale e per evitare che precarie condizioni di lavoro abbiano conseguenze sulla salute dei dipendenti e degli abitanti del quartiere. Le azioni comprendono:

- Adottare prassi di business sostenibili che riducano l'impatto ambientale sulla salute e sulla sicurezza;
- Migliorare la sicurezza sul posto di lavoro e la sicurezza della fonte di reddito;
- Collaborare a partnership tra pubblico e privato per interventi mirati alle determinanti sociali della salute.



Gli individui e le famiglie dovrebbero essere incoraggiati e sostenuti a impegnarsi nel processo di co-progettazione e co-fornitura di interventi basati sulle abilità e sulle competenze individuali e sorretti da iniziative per migliorare l'alfabetizzazione sanitaria dei cittadini. Per quanto ciò sia generalmente più facile per le persone socialmente meno svantaggiate, gli interventi personalizzati possono aiutare tutti gli individui a sviluppare la sicurezza necessaria per prendersi cura della propria salute e del proprio benessere, ad esempio stimolando la partecipazione attiva ai programmi offerti dalle comunità locali.



Tutti gli stakeholder dovrebbero considerare per l'intero spettro degli interventi il ruolo dei dati strategici e della tecnologia digitale nel fornire un supporto più efficiente e meno costoso, tra cui:

- L'utilizzo di strumenti per il modeling finanziario, per valutare i flussi dei finanziamenti e il ritorno sui risultati socio-sanitari;
- La condivisione di informazioni che, seppur impegnativa, è fondamentale per il funzionamento complessivo della famiglia e permette una risoluzione più efficace dei problemi;
- L'integrazione di dati e tecnologie trasversali ai vari servizi pubblici;
- L'aumento della trasparenza attraverso strumenti di visualizzazione dei dati e dashboard che monitorano le prestazioni del sistema e indicano le aree ad alto rischio in tempo reale;
- L'applicazione di modelli sofisticati di apprendimento e di software che anticipano i rischi sia a livello individuale, sia per popolazioni aggregate;
- L'adozione di meccanismi basati su dati che automatizzano la comunicazione con i cittadini, sfruttando gli insight sui comportamenti e sui processi decisionali dei cittadini, al fine di ottimizzarne il coinvolgimento;
- Lo sviluppo di piattaforme digitali, per rendere risorse e know-how più accessibili e incoraggiare l'adozione di strategie che altrove hanno già dato buoni risultati;
- L'istruzione e la formazione dei cittadini nell'utilizzo della tecnologia digitale.

In tutta Europa, l'ambito di intervento congiunto degli stakeholder per risolvere in modo più efficace le determinanti sociali della salute è molto vasto. Ridurre le diseguaglianze nello stato di salute è un imperativo morale ed economico per garantire a tutti un futuro sano e sostenibile.

Note

0. La misurazione delle diseguaglianze nella mortalità per causa secondo il livello di istruzione. Anni 2012-2014, ISTAT, 2016
1. Constitution of WHO: Principles, 2017. See also: <http://www.who.int/about/mission/en/>
2. On the Mechanistic Interpretation of Life, Rudolf Virchow, Disease, Life, and Man: Selected Essays by Rudolf Virchow, Stanford University Press, 1958.
3. Life expectancy at birth, OECD, 2016. See also: http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT
4. OECD Health at a Glance: Europe 2016, OECD, 2016. See also: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe_23056088
5. The Spirit Level: Why More Equal Societies Almost Always Do Better, The Equality Trust, 2009. See also: <https://www.equalitytrust.org.uk/resources/the-spirit-level>
6. Evidence on social determinants of health, World Health Organization, 2017. See also: http://www.who.int/social_determinants/themes/en/
7. Copyrighted and published by Project HOPE/Health Affairs as: J. Michael McGinnis, Pamela Williams-Russo, and James R. Knickman "The Case For More Active Policy Attention To Health Promotion" Health Affairs (Millwood) 2002, Vol. 21, No. 2, 78-93. The published article is archived and available online at www.healthaffairs.org.
8. "Health Policy Brief: The Relative Contribution of Multiple Determinants to Health Outcomes," Health Affairs, August 21, 2014. Health Policy Briefs are produced under a partnership of Health Affairs and the Robert Wood Johnson Foundation. See also: http://www.healthaffairs.org/healthpolicybriefs/brief.php?brief_id=123
9. Broader determinants of health, King's Fund, 2017. See also: <https://www.kingsfund.org.uk/time-to-think-differently/trends/broader-determinants-health>
10. Government expenditure by function, Eurostat, 2017. See also: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Government_expenditure_by_function_%E2%80%93_COFOG#General_government_expenditure_by_function
11. Evidence on social determinants of health, World Health Organization, 2017. See also: http://www.who.int/social_determinants/themes/en/
12. Epigenetic Epidemiology: Promises for Public Health Research, Environmental and Molecular Mutagenesis, 2014. See also: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4011487/>
13. Evidence on social determinants of health, World Health Organization, 2017. See also: http://www.who.int/social_determinants/themes/en/
14. The Social Determinants of Health: It's Time to Consider the Causes of the Causes, Public Health Reports, 2014. See also: <http://europepmc.org/articles/PMC3863696>
15. Life expectancy by age, sex and NUTS2 region, Eurostat, 2015. See also: <http://ec.europa.eu/eurostat/cache/RCI/#?vis=nuts2.population&lang=en>
16. Health at a Glance: Europe 2016, OECD, 2016. See also: <http://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-23056088.htm>
17. Healthcare expenditure per capita, PPP (constant 2011 International \$), World Bank, 2014. See also: <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.PCAP.PP.KD>
18. Changes in mortality inequalities over two decades: register based study of European countries, BMJ, 2016. See also: <http://www.bmj.com/content/353/bmj.i1732.full.pdf>
19. Economic costs of health inequalities in the European Union, BMJ, 2011. See also: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21172799>
20. Ibid.
21. The cost of inequality, The Inequality Trust, 2014. See also: <https://www.equalitytrust.org.uk/sites/default/files/The%20Cost%20of%20Inequality.pdf>
22. Vulnerability, Coping and Policy, IDS Bulletin, 1989. See also: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1759-5436.1989.mp20002001.x/abstract>
23. Human Development Report 2014, United Nations Development Programme, 2014. See also: <http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr14-report-en-1.pdf>
24. Analyse af personhenførbare udgifter i Københavns Kommune, Deloitte Statsautoriseret Revisionspartnerselskab, 2017. See also: <https://www.kk.dk/sites/default/files/edoc/15953e3f-305b-49d4-a140-7fe719ef15fd/adaed081-5880-4c9d-aeb3-d56157f369bf/Attachments/15260077-18415713-1.PDF> [Report only available in Danish]
25. Human Development Report 2014, United Nations Development Programme, 2014. See also: <http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr14-report-en-1.pdf>
26. Integrating Social Services for Vulnerable Groups, OECD, 2015. See also: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264233775-5-en>
27. Analyse af personhenførbare udgifter i Københavns Kommune, Deloitte Statsautoriseret Revisionspartnerselskab, 2017. See also: <https://www.kk.dk/sites/default/files/edoc/15953e3f-305b-49d4-a140-7fe719ef15fd/adaed081-5880-4c9d-aeb3-d56157f369bf/Attachments/15260077-18415713-1.PDF> [Only available in Danish]
28. Integrating Social Services for Vulnerable Groups, OECD, 2015. See also: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264233775-5-en>
29. Human Development Report 2014, United Nations Development Programme, 2014. See also: <http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr14-report-en-1.pdf>
30. Ibid.
31. The Health Gap, M. Marmot, Bloomsbury Publishing, 2015.
32. Trends in Maternal Mortality: 1990-2015, Unicef, 2015. See also: https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2015/12/Trends-in-MMR-1990-2015_Full-report_243.pdf
33. Health, Nutrition and Population Data and Statistics, The World Bank, 2017. See also: <http://datatopics.worldbank.org/hnp/>
34. Social Inequalities in the Leading Causes of Early Death: A Life Course Approach (Commissioned by the Department of Health), UCL Institute of Health Equity, 2015. See also: <http://www.instituteoftheequity.org/resources-reports/social-inequalities-in-the-leading-causes-of-early-death-a-life-course-approach/social-inequalities-in-the-leading-causes-of-early-death-a-life-course-approach.pdf>
35. State of child health Report 2017, Royal College of Paediatrics and Child Health, 2017. See also: <http://www.rcpch.ac.uk/system/files/protected/page/SoCH%202017%20UK%20web%20updated.pdf>
36. Inequality and mental disorders: opportunities for action, The Lancet, 2013.

37. The impact of maternal smoking during pregnancy on depressive and anxiety behaviors in children: the Norwegian Mother and Child Cohort Study, *BMC Medicine*, 2015. See also: <https://bmcmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-014-0257-4>
38. Social Inequalities in the Leading Causes of Early Death: A Life Course Approach (Commissioned by the Department of Health), UCL Institute of Health Equity, 2015. See also: <http://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/social-inequalities-in-the-leading-causes-of-early-death-a-life-course-approach/social-inequalities-in-the-leading-causes-of-early-death-a-life-course-approach.pdf>
39. Familial risk of premature cardiovascular mortality and the impact of intergenerational occupational class mobility, *Social Science and Medicine*, 2012.
40. Increased educational attainment and its effect on child mortality in 175 countries between 1970 and 2009: a systematic analysis, *The Lancet*, 2010.
41. How experience gets under the skin to create gradients in developmental health, *Annual Review of Public Health*, 2010. See also: <http://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev.publhealth.012809.103538>
42. The early catastrophe, *American Educator*, 1995. See also: <https://www.aft.org/sites/default/files/periodicals/TheEarlyCatastrophe.pdf>
43. Twenty Years after "Meaningful Differences," It's Time to Reframe the "Deficit" Debate about the Importance of Children's Early Language Experience, *Human Development*, 2015.
44. Epigenetic programming by maternal behaviour, *Nature Neuroscience*, 2004. See also: <http://www.nature.com/neuro/journal/v7/n8/abs/nn1276.html>
45. An attachment perspective on psychopathology, *World Psychiatry*, 2012. See also: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/j.wpsyc.2012.01.003/full>
46. NHS Right Care Atlas of Variation, NHS England, 2015. See also: <http://fingertips.phe.org.uk/profile/atlas-of-variation>
47. Socioeconomic inequality and caries: a systematic review and meta-analysis, *Journal of Dental Research*, 2015. See also: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25394849>
48. Effectiveness of a preventive educational programme on the oral health of preschool children, *Promotion and Education*, 2007. See also: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18154225>
49. Pause- creating space for change, *Pause*, 2017. See also: <http://www.pause.org.uk/wp-content/uploads/2017/04/Pause-Brochure-2017.pdf>
50. About Pause, *Pause* 2017. See also: <http://www.pause.org.uk/aboutpause>
51. Education Secretary announces extra investment in social care, Department for Education, 2016. See also: <https://www.gov.uk/government/news/education-secretary-announces-extra-investment-in-social-care>
52. Children paying a high price for growing inequality, OECD How's Life? report finds, OECD, 2015. See also: <http://www.oecd.org/newsroom/oecd-s-how-s-life-shows-children-paying-a-high-price-for-growing-inequality.htm>
53. Ibid.
54. Are psychosocial factors mediators of socioeconomic status and health connections? A progress report and blueprint for the future, *Annals of the New York Academy of Science*, 2010. See also: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1749-6632.2009.05332.x/abstract?sessionId=06DEC2E6A160226BC4D2D315BE8073B0.f02t02>
55. Childhood poverty, chronic stress, and adult working memory. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 2009. See also: <http://www.pnas.org/content/106/16/6545.full>
56. Maternal employment and child socio-emotional behaviour in the UK: longitudinal evidence from the UK Millenium Cohort Study, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2012. See also: <http://jech.bmj.com/content/early/2011/01/10/jech.2010.109553>
57. Integrating Social Services for Vulnerable Groups, OECD, 2015. See also: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264233775-5-en>
58. Child Deprivation, Multidimensional poverty and monetary poverty in Europe, Innocenti Working Paper, Unicef, 2016. See also: https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/iwp_2012_02.pdf
59. The Health Gap, M. Marmot, publisher, 2015.
60. Child Deprivation, Multidimensional poverty and monetary poverty in Europe, Innocenti Working Paper, Unicef, 2016. See also: https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/iwp_2012_02.pdf
61. Adverse childhood experiences and the association with ever using alcohol and initiating alcohol use during adolescence, *Journal of Adolescent Health*, 2006. See also: [http://www.jahonline.org/article/S1054-139X\(05\)00298-3/fulltext](http://www.jahonline.org/article/S1054-139X(05)00298-3/fulltext)
62. OECD Family database: Child Well-being Module, OECD, 2017. See also: <http://www.oecd.org/els/family/oecdfamilydatabasechildwell-beingmodule.htm>
63. Material deprivation, Eurostat, 2017. See also: <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>
64. Mental Health in Education Policies, Joint Action on Mental Health and Wellbeing. See also: <http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/assets/docs/publications/PolicyBrief%20Education.pdf>
65. A comprehensive meta-analysis of Triple P - Positive Parenting Program using hierarchical linear modelling: Effectiveness and moderating variables. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2008. See also: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10567-008-0033-0>
66. Population-based prevention of child maltreatment: The U.S. Triple P system population trial. *Prevention Science*, 2009. See also: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11121-009-0123-3>
67. About the CDC-Kaiser ACE Study, Centers for Disease Control and Prevention, 2017. See also: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/acestudy/about.html>
68. Childhood adversity and adult chronic disease: an update from ten states and the District of Columbia, 2010, *American Journal of Preventive Medicine*, 2015.
69. EPODE for the Promotion of Health Equity, 2017. See also: <http://www.epestory.eu/>
70. 0-24-samarbeidet, Government Norway, 2016. See also: <https://www.regjeringen.no/no/tema/utdanning/grunnopplaring/artikler/0-24-samarbeidet/id2511690/> [Article only available in Norwegian]

71. Læringsnotat (2016) Felles problem - felles løsning? Lærdommer fra 0-24-samarbeidet, difi, 2016. See also: <https://www.difi.no/rapport/2017/01/laeringsnotat-2016-felles-problem-felles-losning-laerdommer-fra-0-24-samarbeidet> [Report only available in Norwegian]
72. A school intervention for mental health literacy in adolescents: effects of a non-randomized cluster controlled trial, BMC Public Health, 2013. See also: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3850725>
73. Promoting mental health saves money, Partnership for Children, 2014. See also: <http://www.partnershipforchildren.org.uk/blog/4/276/Promoting-mental-health-saves-money.html>
74. Zippy's Friends, Partnership for Children, 2017. See also: <http://www.partnershipforchildren.org.uk/teachers/zippy-s-friends-teachers/academic-achievement.html>
75. Work and its role in shaping the social gradient in health. Annals of the New York Academy of Sciences, 2010. See also: <https://dx.doi.org/10.1111%2Fj.1749-6632.2009.05338.x>
76. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis, The Lancet, 2009.
77. Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data, The Lancet, 2011.
78. Suicides associated with the 2008-10 economic recession in England: time trend analysis, BMJ, 2012. See also: <http://www.bmj.com/content/345/bmj.e5142>
79. Suicide in young adults: psychiatric and socio-economic factors from a case-control study. BMC Psychiatry, 2014. See also: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-14-68>
80. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. The Lancet, 2009.
81. Income-related inequalities in chronic conditions, physical functioning and psychological distress among older people in Australia: cross-sectional findings from the 45 and up study, BMC Public Health, 2014. See also: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25048295>
82. Sixth European Working Conditions Survey, Eurofound, 2015. See also: https://www.eurofound.europa.eu/surveys/data-visualisation/sixth-european-working-conditions-survey-2015?locale=EN&dataSource=EWCS2016&media=png&width=740&question=y15_88&plot=euBars&countryGroup=linear&subset=agecat_3&subsetValue=All
83. Vulnerability of families with children: Major risks, future challenges and policy recommendations, Families and Societies, 2015. See also: <http://www.familiesandsocieties.eu/wp-content/uploads/2015/11/WP49MynarskaEtAl2015.pdf>
84. Natural solutions to tackling health inequalities, UCL Institute of Health Inequity, 2014. See also: <http://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/natural-solutions-to-tackling-health-inequalities/natural-solutions-to-tackling-health-inequalities.pdf>
85. How do type and size of natural environments relate to physical activity behavior?, Health& Place, 2017.
86. Healthy City, Healthy Lives...wider collaboration and promoting wellbeing, Graham Marshall, 2017. See also: http://www.westminsterforumprojects.co.uk/forums/slides/Graham_Marshall_Health_Housing.pdf
87. Obesity by income quintile, Eurostat, 2014. See also: <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>
88. Smoking of tobacco products by income quintile, Eurostat, 2014. See also: <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>
89. Changes in mortality inequalities over two decades: register based study of European countries, BMJ, 2016. See also: <http://www.bmj.com/content/353/bmj.i1732>
90. Association between fear of crime and mental health and physical functioning, American Journal of Public Health, 2007. See also: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2040373/pdf/0972076.pdf>
91. Wie verbessert man die Gesundheit arbeitssuchender Menschen?, Team Gesundheit, 2016. See also: <http://www.jobfit-ansatz.de/> [Article only available in German]
92. Modellprojekt zur Verknuepfung von Arbeits- und Gesundheitsfoerderung im Setting: Gesamtbericht zur Evaluation, Federal Employment Agency Germany, National Association of Statutory Health Insurance Funds, 2016. See also: http://www.jobfit-ansatz.de/assets/evaluationsbericht_modellprojekt.pdf [Article only available in German]
93. Urban Diabetes: Understanding the challenges and opportunities, cities changing diabetes, 2015. See also: <http://www.citieschangingdiabetes.com/content/dam/cities-changing-diabetes/magazines/CCD-briefing-book.PDF>
94. Health at a Glance: Europe 2016, OECD, 2016. See also: <http://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-23056088.htm>
95. Facing the facts: The truth about ageing and development, Age International, 2016?, See also: <https://www.ageinternational.org.uk/Documents/Age%20International%20Facing%20the%20facts%20report.pdf>
96. The dynamics of ageing: Evidence from the English Longitudinal Study of Ageing 2002-12 (Wave 6), English Longitudinal Study of Ageing, 2014. See also: <http://www.elsa-project.ac.uk/publicationDetails/id/7411>
97. Mental health and older adults, WHO, 2016. See also: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/en/>
98. Ibid.
99. The State of Ageing and Health in Europe, International Longevity Centre-UK and The Merck Company Foundation, 2006. See also: http://www.ilcuk.org.uk/files/pdf_pdf_4.pdf
100. Ibid

101. People in the EU – statistics on an ageing society, 2015. See also: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/People_in_the_EU_%E2%80%93_statistics_on_an_ageing_society
102. 2010 to 2015 government policy: housing for older and vulnerable people, 2015. UK Government. See also: <https://www.gov.uk/government/publications/2010-to-2015-government-policy-housing-for-older-and-vulnerable-people/2010-to-2015-government-policy-housing-for-older-and-vulnerable-people>
103. Briefing: The Health and Care of Older People in England 2015, AgeUK, 2015. See also: <http://www.cpa.org.uk/cpa/docs/AgeUK-Briefing-TheHealthandCareofOlderPeopleinEngland-2015.pdf#page29>
104. The cost of poor housing to the NHS, Building Research Establishment, 2015. See also: <https://www.bre.co.uk/filelibrary/pdf/87741-Cost-of-Poor-Housing-Briefing-Paper-v3.pdf>
105. Housing in later life, AgeUK, 2014. See also: <http://www.ageuk.org.uk/Documents/EN-GB/Political/Age%20UK%20ID201813%20Housing%20Later%20Life%20Report%20-%20final.pdf?dtrk=true>
106. Housing deprivation rate by number of item - EU-SILC survey, Eurostat, 2014. See also: <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>
107. Life expectancy and healthy life expectancy at age 65, OECD, 2016. See also: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2016/life-expectancy-and-healthy-life-expectancy-at-age-65_health_glance_eur-2016-7-en
108. Health care utilization and expenditures in persons receiving social assistance in 2012: evidence from Switzerland. Global Journal of Health Science, 2015. See also: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25946912>
109. Ageing in the Twenty-First Century: A Celebration and A Challenge, United Nations Population Fund and HelpAge International, 2012. See also: <http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Ageing%20report.pdf>
110. Broadband and connectivity – individuals, Eurostat, 2013. See also: <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>
111. Bridging the digital divide in the EU, EU Parliament, 2015. See also: [http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2015/573884/EPRS_BRI\(2015\)573884_EN.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2015/573884/EPRS_BRI(2015)573884_EN.pdf)
112. Digital inclusion evidence review, age UK, 2013. See also: <http://www.ageuk.org.uk/Documents/EN-GB/For-professionals/Research/Age%20UK%20Digital%20Inclusion%20Evidence%20Review%202013.pdf?dtrk=true>
113. Individuals – internet use, European Commission, 2016. See also: http://ec.europa.eu/eurostat/data/database?p_id=NavTreeportletprod_WAR_NavTreeportletprod_INSTANCE_nPqeVbPXRmWQ&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-2&p_p_col_count=1
114. People in the EU - statistics on an ageing society, 2015. See also: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/People_in_the_EU_%E2%80%93_statistics_on_an_ageing_society
115. Bridging the digital divide in the EU, EU Parliament, 2015. See also: [http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2015/573884/EPRS_BRI\(2015\)573884_EN.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2015/573884/EPRS_BRI(2015)573884_EN.pdf)
116. The economics of housing and health, King's Fund, 2016. See also: <https://www.kingsfund.org.uk/publications/economics-housing-health>
117. Collaborative Research between Aston Research Centre for Healthy Ageing (ARCHA) and the ExtraCare Charitable Trust – The final report, Aston University. See also: <http://www.aston.ac.uk/lhs/research/centres-facilities/archa/extracare-project/>
118. Hyde Healthy Living Project wins prestigious Primary Care Team of the Year Award, Tameside and Glossop Care Together. See also: <https://www.caretogether.org.uk/news/latest-news/hyde-healthy-living-project-wins-prestigious-primary-care-te>
119. South Karelia Social and Health Care District, Renewing Health. See also: <http://www.renewinghealth.eu/south-karelia-social-and-health-care-district>
120. About the Public Health Monitor Utrecht, Public Health Monitor Utrecht, 2017. See also: <http://www.volksgezondheidsmonitor.nl/en/about-the-public-health-monitor-utrecht/page2.html>
121. Building a healthy future – An invitation to the city, City of Utrecht, 2016. See also: <https://www.utrecht.nl/fileadmin/uploads/documenten/6.generiek/English/2016-12-Building-a-healthy-future.pdf>
122. Deloitte Denmark analysis, Deloitte Statsautoriseret Revisionspartnerselskab, 2017.
123. Økonomisk analyse af udsatte familier [Economic analysis of vulnerable families], Center for Sundhedsøkonomisk Forskning, 2017. [Report only available in Danish]
124. Evaluering af Helhedsindsats for familier [Evaluation of Integrated family interventions] Oxford Research, 2016. [Report only available in Danish]
125. Fire & Health – Working Together, Merseyside Fire & Rescue Service, 2017. See also: https://www.merseysidefire.gov.uk/asp/asp/pages/reports/pdf/MFRS_Binder_A5_FULL_LoRes_Version.pdf
126. About Passion for Life, Region Jönköping, 2016. See also: <http://plus.rjl.se/infopage.jsf?nodeId=33037>
127. Health Populations: Designing strategies to improve population health. WISH, 2016. See also: https://www.ge.com/sites/default/files/WISH_Healthy_Pop_26.07.pdf
128. High-value health care - innovative approaches to global challenges, Deloitte LLP, 2016. See also: <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/global/Documents/Life-Sciences-Health-Care/gx-lshc-high-value-health-care.pdf>
129. Highlights From An Australian Interview With Sir Michael Marmot, epimonitor, 2011. See also: http://www.epimonitor.net/Michael_Marmot_Interview.htm
130. The Health Gap, M. Marmot, Bloomsbury Publishing, 2015.
131. "Triangle That Moves The Mountain" and Health Systems Reform Movement in Thailand, WHO, 2009 See also: http://www.who.int/hrh/en/HRDJ_4_2_06.pdf
132. Vital signs: How to deliver better healthcare across Europe, Deloitte Centre for Health Solutions, 2016. See also: <https://www2.deloitte.com/uk/en/pages/life-sciences-and-healthcare/articles/vital-signs.html>

Contatti

Autori

Karen Taylor

Director Centre for
Health Solutions
+44 20 7007 3680
kartaylor@deloitte.co.uk

Dr Mina Hinsch

Assistant Manager
Centre for Health Solutions
+44 20 7007 0850
mhinsch@deloitte.co.uk

Mette Lindgaard

Global Social Services Lead
+45 25240037
mlindgaard@deloitte.dk

Contatti

Italia

Guido Borsani

Public Sector Leader Italia
+39 02 833 23054
guborsani@deloitte.it

Riconoscimenti

Matthew Thaxter, Surbhi Mehta, Pratik Avhad, Deloitte UK Centre for Health Solutions

Zarah Kirketerp-Moeller, Morten Wiene Deloitte Denmark

Deloitte Centre *for* Health Solutions

Informazioni su Deloitte Centre for Health Solutions

Il Deloitte Center for Health Solutions (DCHS) è l'ente di ricerca sui servizi sanitari di Deloitte LLP. Il suo obiettivo è individuare tendenze emergenti, sfide, opportunità e buone prassi, basandosi su un lavoro di ricerca primaria e secondaria e un processo di analisi rigoroso.

Il team di ricercatori del Centro si sforza di essere una fonte sicura di indicazioni pertinenti, tempestive e affidabili che promuovono la collaborazione in tutta la catena di valore della sanità, fungendo da collegamento per i settori pubblico e privato, i soggetti che forniscono e acquistano prestazioni mediche, i pazienti e i fornitori. Il Centro punta a sostenere tutti i soggetti coinvolti nel sistema di assistenza sanitaria offrendo prospettive uniche che li aiutino a ottenere risultati migliori, promuovano un'economia sanitaria solida e accrescano la reputazione del settore. I riferimenti a Deloitte contenuti in questa pubblicazione sono da intendersi come riferimenti a Deloitte LLP, la member firm di DTTL nel Regno Unito.

Note

Note

Deloitte.

Il nome Deloitte si riferisce a una o più delle seguenti entità: Deloitte Touche Tohmatsu Limited, una società inglese a responsabilità limitata ("DTTL"), le member firm aderenti al suo network e le entità a esse correlate. DTTL e ciascuna delle sue member firm sono entità giuridicamente separate e indipendenti tra loro. DTTL (denominata anche "Deloitte Global") non fornisce servizi ai clienti. Si invita a leggere l'informativa completa relativa alla descrizione della struttura legale di Deloitte Touche Tohmatsu Limited e delle sue member firm all'indirizzo www.deloitte.com/about.

© 2017 Deloitte Italy S.p.A.

Graphic Department - Italy | SG.098.17