

Una vita sana e prospera per tutti in Italia

Rapporto sullo stato dell'equità in salute in Italia
Relazione nazionale



Alcuni diritti riservati. Quest'opera è disponibile sotto la licenza Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO (CC BYNC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/>).

Secondo i termini di questa licenza, è possibile copiare, ridistribuire e adattare l'opera per scopi non commerciali, purché l'opera sia adeguatamente citata, come indicato di seguito. Per qualsiasi uso di quest'opera, è vietato suggerire che l'OMS sostenga una specifica organizzazione, prodotti o servizi. L'uso del logo dell'OMS non è permesso. In caso di adattamenti, si deve concedere la licenza dell'opera sotto la stessa licenza Creative Commons o una licenza equivalente. Se si crea una traduzione di quest'opera, si deve aggiungere il seguente disclaimer insieme alla citazione suggerita: "Questa traduzione non è stata creata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). L'OMS non è responsabile del contenuto o dell'accuratezza di questa traduzione. L'edizione originale inglese è l'edizione vincolante e autentica: Healthy, prosperous lives for all in Italy: National report of the Italian Health Equity Status Report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022".

Qualsiasi mediazione relativa a controversie derivanti dalla licenza sarà condotta in conformità con le regole di mediazione dell'Organizzazione Mondiale della Proprietà Intellettuale. (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules/>)

Citazione suggerita. Una vita sana e prospera per tutti in Italia. Rapporto sullo stato dell'equità in salute in Italia. Relazione nazionale. Copenhagen: OMS Ufficio Regionale per l'Europa; 2022. Licenza: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Dati CIP (Cataloguing-in-Publication). I dati CIP sono disponibili su <http://apps.who.int/iris>. Vendita, diritti e licenze. Per acquistare le pubblicazioni dell'OMS, si veda <http://apps.who.int/bookorders>. Per presentare richieste di uso commerciale e domande su diritti e licenze, si veda <http://www.who.int/about/licensing>.

Materiali di terze parti. Se si desidera riutilizzare materiale di quest'opera che è attribuito a terzi, come tabelle, figure o immagini, è responsabilità dell'utente determinare se è necessario il permesso per tale riutilizzo e ottenere tale permesso dal detentore del copyright. Il rischio di reclami derivanti dalla violazione di qualsiasi elemento di proprietà di terzi nell'opera ricade unicamente sull'utente.

Esonero di responsabilità. Le denominazioni utilizzate e la presentazione del materiale in questa pubblicazione non implicano l'espressione di alcuna opinione da parte dell'OMS riguardo allo status giuridico di qualsiasi Paese, territorio, città o area o delle sue autorità, o riguardo alla delimitazione delle sue frontiere o confini. Le linee punteggiate e tratteggiate sulle mappe rappresentano linee di confine approssimative per le quali potrebbe non esserci ancora un pieno accordo.

La menzione di aziende specifiche o di prodotti di alcuni produttori non implica che essi siano approvati o raccomandati dall'OMS a preferenza di altri di natura simile che non sono menzionati. Salvo errori e omissioni, i nomi dei prodotti proprietari sono distinti da lettere maiuscole iniziali.

Ogni ragionevole precauzione è stata presa dall'OMS per verificare le informazioni contenute in questa pubblicazione. Tuttavia, il materiale pubblicato viene distribuito senza garanzie di alcun tipo, espresse o implicite. La responsabilità dell'interpretazione e dell'uso del materiale è del lettore. In nessun caso l'OMS potrà ritenersi responsabile dei danni derivanti dal suo utilizzo.

Fotografie in copertina: ©stock.adobe.com (Adamov photography / Drobot Dean, aerogondo, Anatoliy Karlyuk, bnenin, candy1812, Chaay_tee, chokniti, chokniti, Comeback Images, Daniel, DisobeyArt, Dmitry Berkut / De Visu, Drobot Dean, Ermolaev Alexandr, Family Veldman / famveldman, fizkes, francescoridolfi.com / Rido, goodluz, Gorodenkoff, Halfpoint, Halfpoint, InsideCreativeHouse, insta_photos, Iryna, iuricazac, Jacob Ammentorp Lund / Jacob Lund, Jaren Wicklund, karinabost, Kostia, Krakenimages.com, Laurentiu Iordache, LIGHTFIELD STUDIOS, loreanto, mimagephotos, Monkey Business, motortion, NDABCREATIVITY, nenetus, olly, Philippe Marchand / jackfrog, pikselstock, Robert Kneschke, Ron Chapple Stock / iofoto, shevchukandrey, shurkin_son, stephm2506, Svitlana, Syda Productions, Tomsickova, VadimGuzhva, waridsara, Wayhome Studio, shock)

Impaginazione: Tomomot

Una vita sana e prospera per tutti in Italia

Rapporto sullo stato dell'equità in salute in Italia
Relazione nazionale

Sommario

Elenco delle illustrazioni	v
<i>Tabelle</i>	v
<i>Figure</i>	v
Elenco delle abbreviazioni	vii
Ringraziamenti	vii
Sintesi	ix
L'approccio HESRi	ix
Stato di salute e tendenze	ix
Le condizioni essenziali necessarie per l'equità in materia di salute	xi
Lezioni apprese dall'HESRi italiano per la ripresa e la ristrutturazione a lungo termine dopo il COVID-19	xvii
<i>i) Ridurre le disuguaglianze di salute garantendo la sostenibilità e la resilienza del sistema sanitario</i>	xviii
<i>(ii) Ridurre la povertà per migliorare l'equità in salute</i>	xix
<i>(iii) Utilizzare l'equità in salute come motore e risultato della rivitalizzazione economica</i>	xx
Introduzione	1
Il contesto: che cosa si può fare per contrastare le disuguaglianze di salute in Italia	3
I dati e le analisi dell'HESRi	6
Una nuova serie di indicatori disaggregati	6
Visualizzare le disuguaglianze con i grafici	6
Scelte metodologiche per l'analisi	7
Schema	9
Rapporto sullo stato dell'equità in salute in Italia	11
1. Stato di salute e tendenze	12
Disuguaglianze nella salute e nel benessere: stato e tendenze dalla crisi finanziaria del 2008	13
Disuguaglianze nei fattori dello stile di vita che influenzano la salute: stato e tendenze	25

2. Le condizioni essenziali necessarie per l'equità nella salute	30
Nota esplicativa sulla metodologia	31
Comprendere la metodologia di analisi della scomposizione	32
I contributi delle cinque condizioni alle disuguaglianze in Italia	33
Scomposizione del divario di salute: i servizi sanitari	34
<i>Tendenze: i servizi sanitari</i>	37
Scomposizione del divario di salute: la sicurezza del reddito e la protezione sociale	38
<i>Tendenze: la sicurezza del reddito e la protezione sociale</i>	39
Scomposizione del divario di salute: le condizioni di vita	42
<i>Tendenze: le condizioni di vita</i>	44
Scomposizione del divario di salute: capitale sociale e umano	47
<i>Tendenze: il capitale sociale e umano</i>	48
Scomposizione del divario di salute: l'occupazione e le condizioni di lavoro	51
<i>Tendenze: l'occupazione e le condizioni di lavoro</i>	53
3. Qual è il significato dell'analisi per la ripresa e la ristrutturazione a lungo termine a seguito del COVID-19?	58
Identificare le opportunità per una ripresa orientata verso l'equità	59
Sintesi delle principali disuguaglianze pre-pandemiche nella popolazione italiana	61
Impatto del COVID-19 sull'equità in Italia: prime evidenze	62
<i>Meccanismo 1. Impatto ineguale del COVID-19 sulla salute (l'infezione e gli effetti non COVID sulla salute)</i>	64
<i>Meccanismo 2. Impatti socioeconomici diseguali sulla salute delle misure di contenimento del COVID-19</i>	66
Un approccio per la salute e la ripresa socioeconomica incentrato sull'equità	67
Ridurre le disuguaglianze di salute garantendo la sostenibilità e la resilienza del sistema sanitario	68
<i>i) Garantire un accesso equo alle cure</i>	69
<i>ii) Aiutare a proteggere le persone dai fattori di rischio e dai comportamenti dannosi per la salute</i>	71
<i>iii) Valorizzare il ruolo delle scuole nella promozione della salute e del benessere</i>	71
<i>iv) Costruire la fiducia attraverso una comunicazione chiara e trasparente</i>	72

Ridurre la povertà per migliorare l'equità in salute	73
<i>i) Riprogettare il sostegno al reddito a lungo termine</i>	74
<i>ii) Contrastare le disuguaglianze di genere e la povertà</i>	74
Sfruttare l'equità in salute come motore e risultato del rinnovamento economico	75
<i>i) Sfruttare il potere delle istituzioni</i>	77
<i>ii) Rafforzare le iniziative economiche gestite dalla comunità</i>	77
<i>iii) Usare il sistema sanitario come motore di crescita sostenibile</i>	77
Sostenere lo sviluppo di un approccio integrato alla progettazione di politiche che migliorino l'equità	78
Riferimenti	79

Elenco delle illustrazioni

Tablelle

Tabella 0.1. Percentuale di adulti in ogni sottogruppo di istruzione, 2004 e 2019

Figure

- Fig. 0.1. Scomposizione dell'impatto delle cinque condizioni essenziali sul divario dello stato di salute tra il 40% più ricco e più povero in Italia
- Fig. 0.2. Scomposizione del sottofattore servizi sanitari
- Fig. 0.3. Scomposizione del sottofattore sicurezza del reddito e protezione sociale
- Fig. 0.4. Scomposizione del sottofattore condizioni di vita
- Fig. 0.5. Scomposizione del sottofattore capitale sociale e umano
- Fig. 0.6. Scomposizione del sottofattore occupazione e condizioni di lavoro
- Fig. 1.1. Aspettativa di vita alla nascita (tutti i gruppi di età), per livello di istruzione
- Fig. 1.2. Percentuale di adulti (di età compresa tra i 25 e i 64 anni; corretta per l'età) che riferiscono di essere in scarsa o discreta salute, per livello di istruzione
- Fig. 1.3. Differenza nella percentuale di adulti (di età compresa tra i 25 e i 64 anni; corretta per l'età) che riferiscono di essere in scarsa o discreta salute, livello di istruzione inferiore rispetto a quello superiore
- Fig. 1.4. Differenza nella percentuale di giovani adulti (di età compresa tra i 16 e i 24 anni; corretta per l'età) che riferiscono di essere in scarsa o discreta salute, quintile di reddito inferiore rispetto a quello superiore
- Fig. 1.5. Percentuale di adulti (di età compresa tra i 18 e i 64 anni; corretta per l'età) che riferiscono di avere almeno una malattia cronica, per livello di istruzione
- Fig. 1.6. Percentuale di adulti (di età compresa tra i 18 e i 64 anni; corretta per l'età) che riferiscono di essere diabetici, per livello di istruzione
- Fig. 1.7. Percentuale di adulti (età 18-64 anni; corretto per l'età) che riferiscono di avere sintomi depressivi, per livello di istruzione
- Fig. 1.8. Nuovi utenti dei servizi di salute mentale su 1000 giovani (18-24 anni), per livello di istruzione
- Fig. 1.9. Rapporto di mortalità materna per 100 000 nati vivi, per cittadinanza, 2006-2015
- Fig. 1.10. Differenza nella percentuale di adolescenti (di 11, 13 e 15 anni) che sono in sovrappeso o obesi, confrontando gli adolescenti di famiglie disagiate con quelli di famiglie benestanti.
- Fig. 1.11. Percentuale di adolescenti (di 11, 13 e 15 anni) che non praticano 60 minuti al giorno di attività fisica, per livello di istruzione dei genitori
- Fig. 1.12. Percentuale di adulti (età 18-64 anni; corretta per l'età) che sono fumatori, per livello di istruzione

- Fig. 2.1. Le cinque condizioni essenziali che hanno un impatto sull'equità in salute
- Fig. 2.2. Scomposizione dell'impatto delle cinque condizioni essenziali sul divario dello stato di salute tra il 40% della popolazione più ricca e più povera in Italia
- Fig. 2.3. Scomposizione del sottofattore servizi sanitari
- Fig. 2.4. Percentuale di adulti (di età compresa tra i 25 e i 64 anni) che riferiscono un bisogno insoddisfatto di assistenza sanitaria, per livello di istruzione
- Fig. 2.5. Scomposizione del sottofattore sicurezza del reddito e protezione sociale
- Fig. 2.6. Rapporto tra i quintili di reddito S80/S20 per gli adulti (età 18-64 anni)
- Fig. 2.7. Percentuale di adulti (di età compresa tra i 25 e i 64 anni) che dichiarano di essere in condizioni di povertà lavorativa, per livello di istruzione
- Fig. 2.8. Scomposizione del sottofattore condizioni di vita
- Fig. 2.9. Percentuale di adulti (di età 25-64 anni) che riferiscono la mancanza di un pasto proteico ogni due giorni, per livello di istruzione
- Fig. 2.10. Percentuale di adulti (di età compresa tra i 25 e i 64 anni) che non sono in grado di mantenere la propria casa adeguatamente riscaldata, per livello di istruzione
- Fig. 2.11. Percentuale di adulti (dai 16 anni in su) che vivono in un'abitazione sovraffollata e priva di bagno e servizi igienici interni, oppure umida o troppo buia, per livello di istruzione
- Fig. 2.12. Scomposizione del sottofattore capitale sociale e umano
- Fig. 2.13. Percentuale di adulti (di età superiore ai 16 anni) che riferiscono scarsa fiducia negli altri, per livello di istruzione
- Fig. 2.14. Percentuale di adulti (di età compresa tra i 18 e i 64 anni) che riferiscono scarsa fiducia negli altri, per gruppo di età
- Fig. 2.15. Scomposizione del sottofattore occupazione e condizioni di lavoro
- Fig. 2.16. Percentuale di lavoratori dipendenti con un contratto temporaneo, per gruppo di età
- Fig. 2.17. Partecipazione alla forza lavoro tra gli adulti (età 18-64 anni), per macroregione
- Fig. 3.1. Fasi dell'impatto socioeconomico del COVID-19
- Fig. 3.2. Tre meccanismi inerenti agli impatti socioeconomici del COVID-19 e le loro disuguaglianze
- Fig. 3.3. I vantaggi di esaminare gli impatti economici e sociali dei sistemi sanitari

Elenco delle abbreviazioni

AGENAS	Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali
AIFA	Agenzia Italiana del Farmaco
ANPR	Anagrafe Nazionale della Popolazione Residente
BES	Benessere equo e sostenibile (iniziativa)
COVID-19	nuova malattia da coronavirus (SARS-CoV-2)
EQLS	Indagine europea sulla qualità della vita (European Quality of Life Survey)
HBSC	Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare (Health Behaviour in School-aged Children)
HESR(i)	Rapporto sullo stato dell'equità in salute (iniziativa)
INMP	Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà (INMP)
ISS	Istituto Superiore di Sanità
ISTAT	Istituto Nazionale di Statistica
MNT	malattie non trasmissibili
NEET	Giovane che non è occupato né impegnato in corsi di studio o formazione (Not in Employment, Education or Training)
OCSE	Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico
PASSI	Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia (Sistema di sorveglianza dei fattori di rischio comportamentali)
UE	Unione Europea

Ringraziamenti

L'Ufficio Europeo dell'OMS per gli Investimenti per la Salute e lo Sviluppo desidera esprimere la propria riconoscenza a persone e gruppi di lavoro per il contributo dato alla presente relazione.

L'iniziativa 'Rapporto italiano sullo Stato dell'Equità in Salute' [ingl.: Italian Health Equity Status Report] è diretta dall'Ufficio Europeo dell'OMS per gli Investimenti per la Salute e lo Sviluppo (l'Ufficio di Venezia dell'Ufficio Regionale OMS per l'Europa) nell'ambito dell'accordo di collaborazione tra l'Ufficio di Venezia e il Ministero della Salute italiano. Il lavoro inerente all'iniziativa viene svolto in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), l'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT), l'Agenzia Nazionale dei Servizi Sanitari Regionali (AGENAS), l'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà (INMP) e l'Università Ca' Foscari di Venezia. Chris Brown, direttrice dell'Ufficio di Venezia, è responsabile del coordinamento generale del lavoro.

Un ampio contributo tecnico — in termini di progetto tecnico, progettazione dello studio, raccolta ed analisi dei dati, redazione e revisione — è stato fornito da Lin Yang, Andrea Bertola, Michele Marra, Sara Darias-Curvo, Chris Brown, e Isabel Yordi Aguirre dell'Ufficio di Venezia, nonché Helen Crump di Cogency Analysis & Research, Regno Unito.

I microdati originali sono stati forniti dall'ISS, dall'ISTAT e da Eurofound.

Contributi sostanziali alla disaggregazione dei dati e all'analisi sono stati forniti dalle équipes di seguito menzionate. Marta Buoncristiano, Silvia Ciardullo, Benedetta Contoli, Serena Donati, Chiara Donfrancesco, Alice Maraschini, Maria Masocco, Benedetta Mattioli, Emanuela Medda, Valentina Minardi, Paola Nardone, Luigi Palmieri, Roberto Pasetto, Daniela Pierannunzio, Enrica Pizzi, Silvia Rossi, Michele Antonio Salvatore, Angela Spinelli, Aldina Venerosi sono stati punti di riferimento per l'ISS al gruppo di lavoro Sistema di Sorveglianza Bambini 0-2 anni (2017-2020), al gruppo di lavoro Sistema di Sorveglianza Ostetrica [ingl.: Italian Obstetric Surveillance System, ItOSS], al gruppo di lavoro Sistema di Sorveglianza "OKkio alla SALUTE", al Gruppo di Lavoro HBSC Italia 2018, e al gruppo di lavoro Sistema di Sorveglianza "PASSI e PASSI d'Argento" (2008-2019). Miriam Di Cesare e Natalia Magliocchetti sono state le referenti del Sistema Informativo Salute Mentale (SISM) del Ministero della Salute, insieme a Emanuele Aliverti, Alessia Buratin, Francesca Parpinel e Claudio Pizzi dell'Università Ca' Foscari di Venezia.

Il lavoro ha potuto beneficiare dei contributi sostanziali dei membri del gruppo di lavoro di esperti scientifici. In particolare, si ringraziano i seguenti collaboratori:

James Allen (Public Health Wales, Regno Unito), Benjamin Barr (University of Liverpool, Regno Unito), Luigi Bertinato e Raffaella Bucciardini (ISS, Italia), Mojca Gabrijelčič Blenkuš (National Institute of Public Health, Slovenia), Urban Boljka (Social Protection Institute, Slovenia), Stefano Campostrini (Università Ca' Foscari di Venezia, Italia), Fabrizio Carinci (AGENAS, Italia), Giuseppe Costa (Università di Torino, Italia), Gianfranco Costanzo e Alessio Petrelli (INMP, Italia), Hans Dubois e Massimiliano Mascherini (Eurofound, Irlanda), Paula Franklin (European Trade Union Institute, Belgio), Peter Goldblatt (University College London, Regno Unito), Johanna Hanefeld (Robert Koch Institute, Germania), Daniel La Parra Casado (Università di Alicante, Spagna), Filomena Maggino (Ufficio di Presidenza del Consiglio dei Ministri, Italia), Giovanni Nicoletti, Gianfranco Pasquabisceglie e Maria Grazia Pompa (Ministero della Salute, Italia), Gabriella Sebastiani (ISTAT, Italia), Andrej Srakar (Università di Lubiana, Slovenia), Alberto Zucconi (Istituto dell'Approccio Centrato sulla Persona (IACP), Italia).

Sintesi

Il Ministero della Salute italiano e l'Ufficio Regionale OMS per l'Europa hanno lanciato congiuntamente l'iniziativa italiana Health Equity Status Report (HESRi) "Healthy Prosperous Lives for All in Italy" nel marzo 2020. L'iniziativa è un progetto collaborativo che coinvolge più istituzioni partner italiane e internazionali, con l'obiettivo principale di incoraggiare i responsabili politici nazionali e regionali a dare priorità agli investimenti necessari per contrastare gli attuali divari di salute e benessere e creare le condizioni che consentano a tutte le persone che vivono in Italia di condurre una vita sana e prospera.

L'approccio HESRi

Quest'iniziativa ha lo scopo di sostenere gli organi decisionali che si adoperano per creare le condizioni affinché in Italia ogni persona possa prosperare nella salute e nella vita. L'approccio HESRi è progettato per individuare e valutare la portata delle disuguaglianze esistenti al fine di sostenere i decisori nel loro lavoro di ridurre il gradiente sociale nella salute. L'equità è uno dei principi cardine del Servizio Sanitario Nazionale italiano, insieme all'universalità della copertura e alla solidarietà del finanziamento. Negli ultimi anni, il Governo italiano si è mosso sia nella direzione di capire in dettaglio in quale modo le disuguaglianze condizionino gli individui e le famiglie in tutta la popolazione italiana, che in quella di colmare questi divari. Uno dei contributi dell'HESRi italiano è la creazione di un nuovo set di indicatori disaggregati, concepiti specificamente per l'analisi HESRi italiana. Questo dataset riunisce gli indicatori dello stato attuale e le tendenze delle disuguaglianze nella salute, le lacune e le tendenze nelle cinque condizioni essenziali necessarie per vivere una vita sana e i progressi e le tendenze nell'operato della politica per ridurre queste disuguaglianze.¹

Stato di salute e tendenze

Attingendo al nuovo set di indicatori disaggregati derivati da fonti di microdati nazionali per l'HESRi italiano, il rapporto si apre con una valutazione dello stato attuale e delle tendenze recenti dei divari nella

¹ Il dataset italiano HESRi e i grafici interattivi sono accessibili online all'indirizzo: https://worldhealthorg.shinyapps.io/italian_health_equity_dataset/

salute e nel benessere, evidenziando le principali disuguaglianze di genere e le disuguaglianze attraverso le fasi del corso della vita, così come le disuguaglianze tra gruppi socioeconomici e lo status di migrante negli indicatori di salute e benessere.

Fino all'avvento della nuova pandemia di coronavirus (SARS-CoV-2) (COVID-19) nel 2019, l'aspettativa di vita in Italia era in aumento, pur persistendo notevoli disuguaglianze socioeconomiche e regionali. Le donne generalmente vivono più a lungo degli uomini, anche se i loro anni di vita in più non è detto che siano vissuti in buona salute. Anche lo stato di salute dichiarato dalle persone che vivono in Italia è migliorato negli ultimi anni, con un minor numero di persone che dichiara di avere uno stato di salute scarso o discreto rispetto ai primi anni del 2010. Tuttavia, si osserva un chiaro gradiente sociale e per livello di istruzione nella maggior parte degli indicatori di salute, dato che coloro che hanno un titolo di studio basso e meno sicurezza finanziaria godono di una salute peggiore rispetto a coloro che hanno un titolo di istruzione più elevato e maggiore sicurezza finanziaria.

Nella decade tra il 2008 e il 2018, c'è stata una riduzione statisticamente significativa del divario nella proporzione di uomini e donne in età lavorativa che riferiscono di avere una salute scarsa o discreta, confrontando coloro che sono in possesso di un'istruzione universitaria con quelli che hanno frequentato solamente la scuola dell'obbligo. C'è stata anche una riduzione statisticamente significativa del divario tra gli uomini più privilegiati e quelli meno privilegiati di 65 anni e più, se valutati per livello di istruzione o quintile di reddito. Tuttavia, non c'è stata una riduzione statisticamente significativa del divario tra i giovani più e meno abbienti nello stesso periodo, se valutati per quintile di reddito (i dati per livello di istruzione non sono disponibili per questo gruppo); né il divario si è ridotto per le donne anziane, se valutate per quintile di reddito o livello di istruzione.

Le persone con un titolo di studio più basso e meno sicurezza finanziaria hanno maggiori probabilità di avere livelli più alti di malattie non trasmissibili (MNT), maggiori livelli di sovrappeso, una maggiore incidenza di problemi di salute mentale, come la depressione, e hanno più probabilità di essere fumatori. Per molti di questi indicatori di salute, la dimensione del divario tra chi sta meglio e chi sta peggio è rimasta la stessa, e per alcuni (come l'incidenza del sovrappeso nelle ragazze adolescenti) è aumentata.

Per diversi indicatori di salute e stile di vita, i dati mostrano un quadro peggiore per le donne residenti in Italia rispetto alla popolazione in generale. Per esempio, dal 2013 c'è stato un aumento statisticamente significativo del divario tra le donne in età lavorativa con il più alto e il più basso livello di istruzione che dichiarano di avere una o più patologie a lungo termine, fenomeno che non si riscontra tra gli uomini in età lavorativa. Per quanto riguarda il sovrappeso, i divari tra i più e i meno avvantaggiati sono più ampi per le donne che per gli uomini, e questi divari continuano a crescere. Le donne hanno meno probabilità di

praticare attività fisica rispetto agli uomini e tra il 2009 e il 2019 una percentuale maggiore di donne a tutti i livelli di istruzione ha riferito di avere sintomi di problemi di salute mentale, come la depressione.

Le condizioni essenziali necessarie per l'equità in materia di salute

Utilizzando il dataset italiano HESRI e ulteriori microdati, il rapporto analizza lo stato e le tendenze nelle condizioni essenziali necessarie per vivere una vita in salute in Italia nel XXI° secolo. Le condizioni essenziali per raggiungere l'equità nella salute abbracciano cinque aree di interventi: i servizi sanitari, la sicurezza del reddito e la protezione sociale, le condizioni di vita, il capitale sociale e umano, l'occupazione e le condizioni di lavoro. Utilizzando un'analisi di scomposizione, vengono identificati i fattori significativi che contribuiscono alle disuguaglianze di salute in Italia, sulla base delle cinque condizioni essenziali, evidenziando i molteplici fattori che incidono sulla salute e sul benessere e mostrando le traiettorie che portano alle disuguaglianze di salute che possono essere oggetto di un'azione politica.

Le cinque condizioni essenziali possono essere definite come segue.



I **servizi sanitari** comprendono indicatori e interventi relativi alla disponibilità, accessibilità, economicità e qualità della prevenzione, del trattamento e dei servizi e programmi sanitari.



La **sicurezza del reddito e la protezione sociale** comprendono indicatori e interventi relativi alla sicurezza del reddito di base e alla riduzione dei rischi per la salute e delle conseguenze della povertà nel corso della vita.



Le **condizioni di vita** comprendono indicatori e interventi relativi alle opportunità differenziali, all'accesso e all'esposizione alle condizioni ambientali e di vita che hanno un impatto sulla salute e sul benessere.



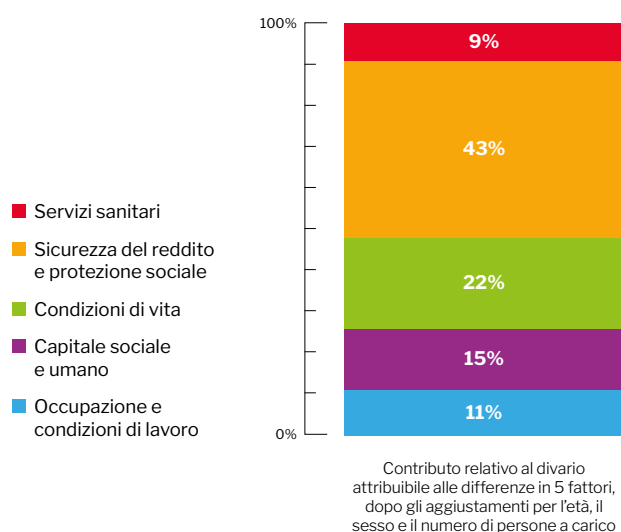
Il **capitale sociale e umano** comprende indicatori e interventi relativi al capitale umano per la salute attraverso l'istruzione, l'apprendimento e l'alfabetizzazione, e relativi al capitale sociale di individui e comunità in modalità che proteggono e promuovono la salute e il benessere.



L'**occupazione e le condizioni di lavoro** si riferiscono agli indicatori e agli interventi relativi all'impatto del lavoro sulla salute, tra i quali la disponibilità, l'accessibilità, la sicurezza, i salari, le sollecitazioni fisiche e mentali e i rischi associati al lavoro.

Laddove si osservano relazioni statistiche tra gli indicatori in queste aree e i divari di salute, ciò suggerisce che si tratta di questioni a cui la politica dovrebbe dare la priorità. Utilizzando un'analisi di scomposizione, vengono identificati i fattori significativi che contribuiscono alle disuguaglianze di salute in Italia, sulla base delle cinque condizioni essenziali, evidenziando i molteplici fattori che incidono sulla salute e sul benessere e mostrando i percorsi che portano alle disuguaglianze di salute che possono essere oggetto di un'azione politica.

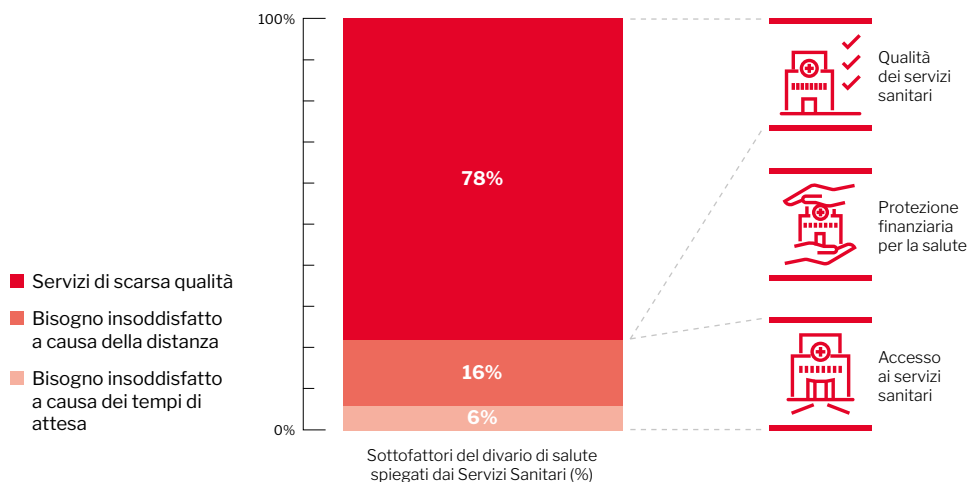
Fig. 0.1. Scomposizione dell'impatto delle cinque condizioni essenziali che influenzano il divario dello stato di salute tra il 40% più ricco e più povero in Italia



Fonte: analisi di scomposizione utilizzando i dati del campione italiano di Eurofound European Quality of Life Survey (EQLS) 2003-2016.

Le disparità nella qualità e nell'accesso ai **servizi sanitari** rappresentano il 9% del contributo totale delle cinque condizioni al divario di salute tra i gruppi di reddito superiore e inferiore (fig. 0.1, fig. 0.2). Nel 2018, le donne e gli uomini di età compresa tra 25 e 64 anni provvisti del solo titolo di istruzione obbligatoria hanno riferito di avere un bisogno insoddisfatto di assistenza sanitaria sette volte maggiore rispetto a quelli con istruzione universitaria. Il bisogno insoddisfatto è stato più alto per le donne in tutti gli anni fino al 2017, quando i livelli del bisogno insoddisfatto degli uomini nei gruppi superiore e inferiore hanno superato quelli delle donne.

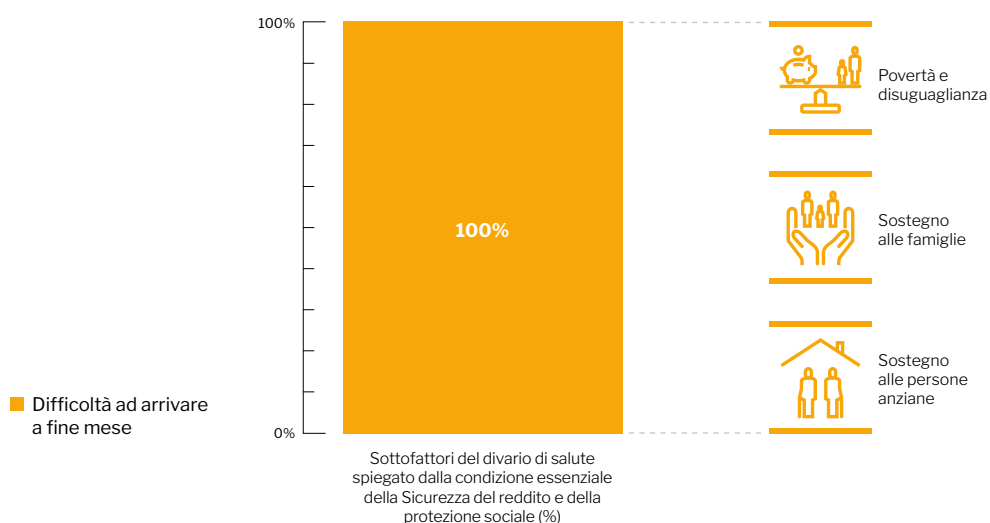
Fig. 0.2. Scomposizione del sottofattore servizi sanitari



Fonte: analisi di scomposizione utilizzando i dati del campione italiano di Eurofound European Quality of Life Survey (EQLS) 2003-2016.

Le disparità nella capacità di riuscire a far quadrare i conti a causa del **reddito e della protezione sociale insicuri** rappresentano il 43% del contributo totale delle cinque condizioni che influenzano il divario di salute (fig. 0.1 e fig. 0.3). La disuguaglianza di reddito è aumentata tra il 2008 e il 2019 ed è rimasta a livelli più alti di prima della crisi finanziaria del 2008. Il divario tra la percentuale di donne con la sola istruzione obbligatoria e la percentuale di donne con istruzione universitaria che vivono la povertà lavorativa è aumentato nel periodo in esame. Nel 2018, il numero di donne e uomini con la sola istruzione obbligatoria che ha vissuto la povertà lavorativa è stato il triplo rispetto al numero di coloro che erano provvisti di un'istruzione universitaria.

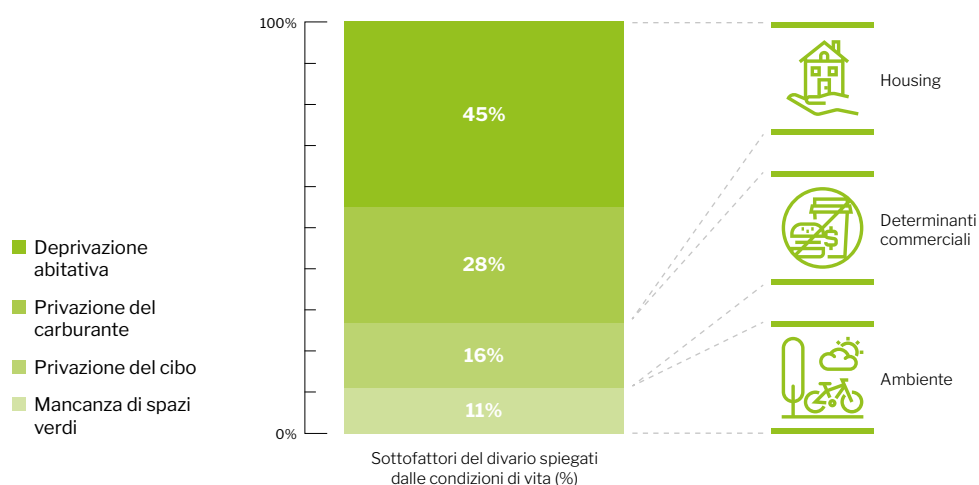
Fig. 0.3. Scomposizione del sottofattore sicurezza del reddito e protezione sociale



Fonte: analisi di scomposizione utilizzando i dati del campione italiano Eurofound EQLS 2003-2016.

Le disparità nelle **condizioni di vita** rappresentano il 22% del contributo totale delle cinque condizioni che influenzano il divario di salute (fig. 0.1). I divari relativi all'insicurezza alimentare e a quella relativa al riscaldamento domestico sono aumentati e persistono sia per gli uomini che per le donne dopo la recessione del 2008 – questi costituiscono rispettivamente il 28% e il 16% della parte del divario di salute attribuita alle condizioni di vita (fig. 0.4). Questo può aver portato a comportamenti di consumo alimentare dannosi tra le famiglie svantaggiate, con un ricorso esagerato a cibi a basso costo e ad alta densità energetica, influenzato dalle tecniche di marketing e di merchandising delle aziende commerciali operanti nel settore alimentare.

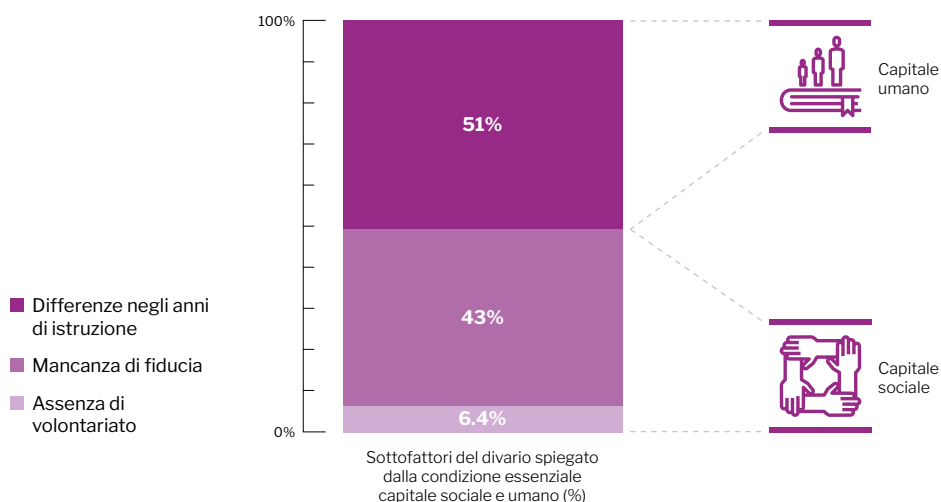
Fig. 0.4. Scomposizione del sottofattore condizioni di vita



Fonte: analisi di scomposizione utilizzando i dati del campione italiano Eurofound EQLS 2003-2016.

Le disparità nel **capitale sociale e umano** rappresentano il 15% del contributo totale delle cinque condizioni al divario di salute (Fig. 0.1). La mancanza di fiducia contribuisce al 43% di questa parte del divario attribuito al capitale sociale e umano (Fig. 0.5). Nel 2013, i giovani di età compresa tra i 16 e i 24 anni hanno riferito di avere i livelli più bassi di fiducia, ma, dal 2014 in poi, le persone di età superiore ai 65 anni sono state più propense a dichiarare livelli più alti di mancanza di fiducia. In Italia, la sfiducia è significativa per tutti i livelli di istruzione, ma un numero maggiore di adulti in età lavorativa con solo la scuola dell'obbligo non ritiene che la maggior parte delle persone sia degna di fiducia, rispetto a quelli con più anni di istruzione. Tra il 2013 e il 2018 questa mancanza di fiducia è aumentata tra gli adulti provvisti di sola istruzione obbligatoria, ma non tra quelli con un titolo di studio più elevato.

Fig. 0.5. Scomposizione del sottofattore capitale sociale e umano



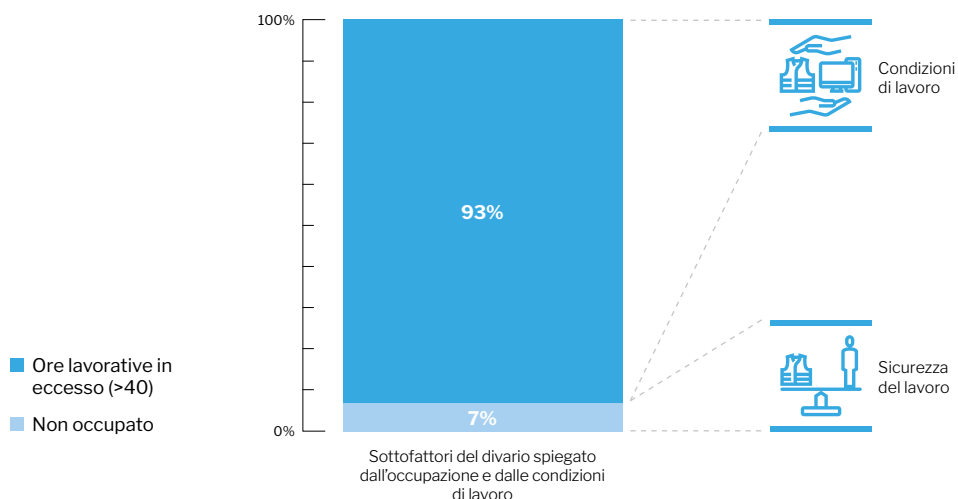
Fonte: analisi di scomposizione utilizzando i dati del campione italiano Eurofound EQLS 2003-2016.

La questione della fiducia, sia nelle altre persone che nelle istituzioni, è particolarmente problematica in Italia, dove si riscontrano livelli più bassi di fiducia rispetto a molti altri Paesi della Regione europea dell'OMS. Mentre l'Italia inizia la sua ripresa dalle fasi iniziali acute della pandemia di COVID-19, c'è il rischio che soprattutto i giovani – ai quali si prospetta un futuro di distanziamento sociale e una percezione molto diversa di come sarà il loro destino individuale – possano essere soggetti di un ampliamento delle disuguaglianze in termini di fiducia, senso di appartenenza, della possibilità di avere voce in capitolo e un senso di futuro e speranza.

Le disparità nell'**occupazione e nelle condizioni di lavoro** rappresentano l'11% del contributo totale delle cinque condizioni al divario di salute (fig. 0.1 e fig. 0.6). Gli uomini in possesso del solo titolo di istruzione obbligatoria sono disoccupati in misura doppia rispetto agli uomini con istruzione universitaria e, sebbene tra il 2014 e il 2019 la disoccupazione giovanile sia diminuita sia per gli uomini che per le donne, i tassi di occupazione temporanea tra i giovani sono aumentati nello stesso periodo, dal 62% al 67% per le donne e dal 54% al 57% per gli uomini.

L'elevata inattività economica tra i giovani inoccupati che non si trovano in un percorso di studio o di formazione (NEET) e tra le donne, mostra un potenziale inutilizzato di partecipazione produttiva nell'economia e nella società. Il lavoro precario costituisce un rischio specifico per i giovani, le donne e i migranti. Una maggioranza significativa di giovani è attualmente impiegata in lavori temporanei, e le donne giovani sono particolarmente afflitte da questo tipo di svantaggio.

Fig. 0.6. Scomposizione del sottofattore occupazione e condizioni di lavoro



Fonte: analisi di scomposizione utilizzando i dati del campione italiano Eurofound EQLS 2003-2016.

La povertà lavorativa è elevata tra le persone in situazioni di lavoro precario, come il lavoro part-time o temporaneo, il lavoro stagionale e il lavoro autonomo. Questo tipo di lavoro è spesso intrapreso da donne, lavoratori giovani e lavoratori migranti; queste persone sono anche sovrarappresentate in molti dei settori che probabilmente subiranno una contrazione nel medio termine a causa dell'impatto della pandemia COVID-19 – in particolare nei settori alberghiero, del turismo, del tempo libero, della vendita al dettaglio e dell'assistenza alle persone.

Quando i dati vengono analizzati per livello di istruzione, gli uomini col solo titolo di studio della scuola dell'obbligo sono attualmente il gruppo con i più alti tassi di occupazione temporanea. Essendo gli uomini disoccupati con la sola istruzione obbligatoria in numero doppio rispetto a quelli con una formazione universitaria, c'è il rischio che una parte della popolazione possa trovarsi nella condizione di essere NEET. Questo rischio sarà probabilmente esacerbato dal COVID-19, che ha rivelato uno spostamento verso salari più bassi e un'occupazione meno sicura man mano che la duplice pressione del lockdown e dei danni economici si abbatte sul mercato del lavoro.

Lezioni apprese dall'HESRi italiano per la ripresa e la ristrutturazione a lungo termine dopo il COVID-19

Il rapporto analizza altresì le opzioni politiche e le priorità future per facilitare una ripresa resiliente dagli effetti del COVID-19, basandosi sui risultati delle analisi dello stato di salute e della scomposizione e considerando come l'equità possa essere utilizzata come motore per una ripresa e uno sviluppo sostenibili del sistema sanitario nel lungo termine.

Una sintesi delle evidenze emergenti mostra come il COVID-19 stia aggravando le disuguaglianze esistenti nella salute e le condizioni essenziali per una vita sana e prospera, oltre a evidenziare i nuovi rischi di disuguaglianza e le vulnerabilità che si stanno profilando. Ciò chiama in causa misure sanitarie e intersettoriali di carattere prioritario in grado di mitigare l'aggravamento delle disuguaglianze esistenti e l'emergere di nuove, e favorire una ripresa che non lasci indietro nessuno a causa della scarsa salute e dell'insicurezza delle condizioni essenziali.

L'Italia è entrata nella pandemia COVID-19 con molteplici disuguaglianze preesistenti – ad esempio, in relazione all'estensione delle MNT, al sovrappeso e all'obesità, ai problemi di salute mentale (per esempio la depressione) e ai comportamenti che mettono a rischio la salute. Le disuguaglianze nella salute erano particolarmente evidenti tra le donne e i giovani (valutate per livello di istruzione, quintile di reddito e regione).

Le prime evidenze mostrano che il COVID-19 e le sue misure di contenimento possono aver esacerbato alcune di queste disuguaglianze esistenti, creando nuove vulnerabilità multiple. In particolare, è stato osservato un gradiente sociale nell'esposizione al COVID-19, nelle conseguenze della malattia e nell'interruzione dei percorsi sanitari non legati al COVID-19. Questo effetto può essere visto anche nell'impatto del confinamento sulla salute fisica e mentale e nell'esposizione all'aumento della povertà, alla disoccupazione e alla riduzione del reddito. La malattia grave da COVID-19 può essere peggiore tra i gruppi svantaggiati a causa della distribuzione ineguale dei fattori di rischio sottostanti, come avere alcune MNT o lavorare in occupazioni più rischiose.

Vi sono indicatori precoci che mostrano come interventi mirati abbiano il potenziale di ridurre l'impatto della pandemia su alcuni gruppi vulnerabili. Concentrandosi su specifiche barriere sociali ed economiche e sulle dinamiche d'impatto, è possibile identificare e dare priorità a opzioni politiche e interventi misurabili che abbiano un impatto positivo sulla riduzione delle disuguaglianze nella salute e nei fattori di rischio, puntando a una ripresa sostenibile e inclusiva e a uno sviluppo a lungo termine. Tre ampie aree di intervento hanno il potenziale di guidare il progresso nella riduzione delle disuguaglianze durante la ripresa dal COVID-19: (i) ridurre le disuguaglianze di salute garantendo la

sostenibilità e la resilienza del sistema sanitario; (ii) diminuire la povertà per migliorare l'equità in salute; e (iii) sfruttare l'equità in salute come motore e risultato della rivitalizzazione economica.

Le seguenti raccomandazioni chiave sono state appositamente compilate per il Governo italiano e riguardano tre aree di intervento.

i) Ridurre le disuguaglianze di salute garantendo la sostenibilità e la resilienza del sistema sanitario

Nel considerare il ruolo del sistema sanitario nella riduzione delle disuguaglianze, l'analisi di questo rapporto dimostra l'importanza di considerare l'equità di accesso all'assistenza sanitaria, ma anche il ruolo che le diverse funzioni sanitarie possono svolgere nel proteggere le persone da comportamenti e stili di vita che danneggiano la salute. Le funzioni di salute e benessere svolte dai servizi pubblici al di fuori dell'ambito sanitario (come le reti di sostegno locali e di comunità) sono fondamentali per ottenere un progresso sostenibile, così come servizi di comunicazione di salute pubblica efficaci e coordinati a livello nazionale e regionale.

Le raccomandazioni chiave per gli interventi in queste aree sono elencate qui di seguito.

- Dovrebbe essere garantito un accesso equo all'assistenza formale e informale (compresi i servizi di salute mentale e tenendo conto dell'assistenza sanitaria digitale), trattando le questioni di accesso insieme alle molteplici dimensioni delle condizioni essenziali necessarie per una buona salute, come la fiducia nelle istituzioni sanitarie e la flessibilità degli orari di lavoro per consentire l'accesso ai servizi sanitari aperti solamente durante l'orario d'ufficio.
- Le persone dovrebbero essere aiutate a proteggersi dai comportamenti e dai fattori di rischio dannosi per la salute, per es. attraverso interventi delle comunità per la promozione della salute che rafforzino i servizi sanitari locali e altri che mirino ad aiutare le donne ad orientarsi tra i fattori di genere e socioeconomici interconnessi che hanno un impatto sui fattori di rischio e sui comportamenti dannosi.
- Il ruolo delle scuole nella promozione della salute e del benessere dovrebbe essere valorizzato per alleviare le disuguaglianze nell'alimentazione, nel sovrappeso e nell'obesità, nell'attività fisica e nei comportamenti rischiosi per la salute tra i bambini, oltre a sostenere il benessere e le opportunità che la vita offre ai giovani attraverso l'acquisizione di competenze.

- Si dovrebbe lavorare per costruire la fiducia nelle istituzioni sanitarie e in altre istituzioni pubbliche (insieme alla fiducia tra le persone) attraverso una comunicazione chiara e trasparente, facilitando le iniziative di miglioramento della salute attraverso il continuo sostegno e impegno pubblico.

(ii) Ridurre la povertà per migliorare l'equità in salute

L'analisi precedente mostra un gradiente per livello di istruzione nei livelli di disoccupazione in Italia, essendo gli uomini disoccupati con la sola istruzione obbligatoria in numero doppio rispetto a quelli con una formazione universitaria. Mentre la disoccupazione giovanile è diminuita, le tendenze nell'occupazione temporanea suggeriscono che i giovani hanno accettato lavori che non sono necessariamente sicuri o di alta qualità. Questa situazione è stata aggravata dalla pandemia di COVID-19, durante la quale sono stati resi disponibili meno posti di lavoro, con conseguente minor numero di persone presenti nella forza lavoro attiva.

La disuguaglianza di reddito è peggiorata dalla recessione del 2008 e, come notato in precedenza, la ricerca sull'impatto della pandemia suggerisce che i livelli di occupazione e povertà sono stati influenzati in maniera significativa, sebbene le politiche messe in atto in Italia stiano alleviando alcuni di questi effetti. Riflettere su come estendere e adattare tali politiche sarà importante per l'Italia in futuro, così come contrastare le disuguaglianze di genere che potrebbero ostacolare la capacità delle donne di evitare alcune delle peggiori conseguenze economiche della pandemia. Si ritiene che le aree importanti su cui focalizzare l'attenzione nei prossimi anni saranno le seguenti:

- riformulare il sostegno al reddito sostenibile a lungo termine, anche dando priorità all'uso economicamente efficace delle risorse per agire su tutto il gradiente, attuandolo a un livello e a un'intensità proporzionati al bisogno, soprattutto alla luce dei crescenti gravami finanziari dovuti alla portata dei pacchetti di sostegno COVID-19;
- contrastare le disuguaglianze di genere e la povertà creando una nuova formazione al lavoro sensibile alle tematiche di genere e opportunità che riducano la dipendenza dal lavoro informale, insieme all'ampliamento dell'accesso all'assistenza all'infanzia, riducendo i divari salariali di genere e le disuguaglianze di risorse nei nuclei familiari.

(iii) Utilizzare l'equità in salute come motore e risultato della rivitalizzazione economica

Come sottolineato dalle priorità del Governo italiano esposte nel primo discorso parlamentare del Presidente del Consiglio nel febbraio 2021, il probabile impatto duraturo delle restrizioni dovute al distanziamento sociale su settori chiave dell'economia italiana (come quello del turismo e l'alberghiero) ha come corollario che sarà necessaria un'attività continua per sostenere la creazione di posti di lavoro. Questa può essere sostenuta a tutti i livelli, con il contributo dei principali datori di lavoro, delle istituzioni e delle organizzazioni della comunità, oltre che sfruttando il potere economico del sistema sanitario stesso.

- Ci si dovrebbe avvalere del potere insito delle istituzioni per rivitalizzare le economie locali attraverso iniziative di sostegno e investimenti delle comunità da parte di istituzioni di riferimento (per esempio ospedali pubblici, università e altri grandi datori di lavoro senza scopo di lucro).
- Le iniziative economiche guidate dalle comunità dovrebbero essere potenziate attraverso organizzazioni locali e gruppi di sostegno, per venire incontro ai bisogni di salute di tipo non medico che derivano dall'isolamento sociale, dall'indebitamento e dalla perdita del lavoro, sostenendo le persone a trovare percorsi di rientro nell'economia attiva.
- Il sistema sanitario dovrebbe essere utilizzato come un motore di crescita sostenibile, favorendo l'occupazione produttiva e la formazione del capitale umano, contribuendo a stabilizzare e aumentare il reddito delle famiglie.

Introduzione

Nel marzo 2020, il Ministero della Salute italiano e l'Ufficio Regionale OMS per l'Europa hanno lanciato congiuntamente l'iniziativa italiana HESRi "Healthy Prosperous Lives for All in Italy". L'iniziativa è un progetto collaborativo che coinvolge più istituzioni partner italiane e internazionali, con l'obiettivo principale di sostenere i responsabili politici nazionali e regionali a dare priorità agli investimenti per contrastare gli attuali divari di salute e benessere e creare le condizioni necessarie per consentire a tutte le persone che vivono in Italia di condurre una vita sana e prospera.

Le evidenze e gli imperativi politici atti a ridurre le disuguaglianze sociali nella salute, superabili a beneficio dell'intera società, sono chiari: dove gli individui e le famiglie hanno problemi di salute, i rischi di esclusione sociale, economica e culturale sono maggiori. L'insicurezza e la scarsa qualità dei beni essenziali e delle condizioni necessarie per l'equità della salute nel XXI° secolo impediscono a molte persone di vivere una vita piena e prospera. Questo è stato chiaramente dimostrato dalle evidenze internazionali che stanno emergendo sull'enorme impatto del COVID-19, sulle misure di contenimento associate e i rispettivi impatti socioeconomici su coloro che già vivono in condizioni di vulnerabilità, insicurezza e scarsa salute. Le vulnerabilità esistenti si sono aggravate ed altre, nuove, stanno emergendo (1).

Queste disuguaglianze di salute sono accentuate da fattori socioeconomici multidimensionali e di genere osservati in tutti i Paesi della regione europea dell'OMS, nonostante la presenza di validi sistemi sanitari, stati sociali e sforzi governativi concertati per colmare i divari in alcuni Stati membri (2). Se non controllati, lo stato di scarsa salute e la vulnerabilità hanno il potenziale di minare gli sforzi nazionali e locali per la crescita sostenibile, la coesione territoriale, la pace e la stabilità. È necessaria un'azione intersettoriale per sostenere le autorità sanitarie e altri attori a livello nazionale e subnazionale al fine di ricostruire la salute della società e mitigare le più ampie conseguenze socioeconomiche della pandemia sulla vita nel suo complesso.

Attingendo all'innovativo lavoro a livello di analisi e iniziative politiche dell'HESRi europeo dell'OMS (3,4) e basandosi sui risultati del rapporto del 2014, *L'equità in salute in Italia* (5), l'HESRi italiano integra questo

lavoro con nuove intuizioni cruciali per sostenere i responsabili politici nella comprensione dei fattori che causano le disuguaglianze di salute in Italia e per rivedere e dare priorità alle opzioni politiche che possono essere adattate per l'attuazione.

Questa iniziativa ha lo scopo di sostenere i responsabili politici in Italia impegnati a creare le condizioni affinché ogni persona possa prosperare nella salute e nella vita. L'approccio HESRi è progettato per individuare e valutare la portata delle disuguaglianze esistenti al fine di sostenere i responsabili politici nel loro lavoro di riduzione del divario tra i più e i meno avvantaggiati. Sulla base di questa premessa, le valutazioni di questo rapporto sulle tendenze e lo stato delle attuali disuguaglianze gettano una prospettiva lungimirante utile a identificare le aree di priorità e le soluzioni, piuttosto che soffermarsi a valutare le prestazioni passate di politiche e servizi. Con questo approccio, l'HESRi italiano mira a spostare l'attenzione della politica e dei suoi interventi dalla semplice identificazione del problema delle disuguaglianze di salute all'identificazione di soluzioni e azioni che consentano di aumentare l'equità in salute.

Questo rapporto presenta i risultati del lavoro svolto a livello nazionale nell'ambito del programma italiano HESRi. Sono in corso anche applicazioni regionali della metodologia e della logica HESRi, volte a valutare l'impatto delle disuguaglianze sociali sulla salute in specifici contesti e aree di interesse.

La sezione finale del rapporto fornisce un'analisi in chiave prospettica sul significato di questi risultati per l'Italia, in un momento in cui i responsabili politici pianificano la ripresa a lungo termine del Paese dopo la fase acuta della pandemia di COVID-19.

Il contesto: che cosa si può fare per contrastare le disuguaglianze di salute in Italia

L'equità è uno dei principi guida del Servizio Sanitario Nazionale italiano, insieme all'universalità della copertura e alla solidarietà del finanziamento. Negli ultimi anni, il Governo italiano ha preso provvedimenti per capire in dettaglio come le disuguaglianze affliggono gli individui e le famiglie in tutta la popolazione italiana, in modo da colmarle. Il monitoraggio dell'erogazione dei servizi sanitari è coordinato dal Ministero della Salute e dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) attraverso il Programma Nazionale Esiti (PNE) (6,7), mentre l'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) sta monitorando da 10 anni i progressi nel miglioramento del benessere della popolazione italiana nell'ambito dell'iniziativa *Benessere Equo e Sostenibile* (BES) (8).

Nel 2017 il Ministero della Salute italiano ha lanciato una revisione, "L'Italia per l'equità nella salute", coinvolgendo l'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà (INMP), l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), l'AGENAS, l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), e la regione Piemonte. Il lavoro dell'Italia nell'ambito del programma Joint Action Health Equity Europe (JAHEE) ha portato alla creazione di un Gruppo di coordinamento interistituzionale delle disuguaglianze di salute, e il Ministero della Salute ha incluso la riduzione delle disuguaglianze di salute come obiettivo prioritario nel suo Piano Nazionale della Prevenzione.

A livello regionale, ogni sistema sanitario ha un consiglio per l'equità, un piano d'azione per l'equità e un rappresentante che funge da collegamento tra la politica regionale e nazionale, per portare avanti i

progressi sull'equità. Il Ministero ha altresì sviluppato uno strumento di valutazione dell'equità in salute (Health Equity Audit), che le regioni sono tenute a includere nei loro piani di prevenzione. Ciò richiede che le disuguaglianze nella salute siano affrontate come una questione concreta e operativa, trasversale ai programmi regionali, con specifici strumenti quantitativi e qualitativi da implementare nella pianificazione regionale.

Nonostante questi sforzi, garantire i principi di equità nella pratica può rivelarsi problematico, in particolare nel contesto di un peggioramento della situazione economica in cui alcune disuguaglianze sembrano aumentare. Inoltre, sebbene l'assistenza sanitaria sia amministrata tramite i servizi sanitari regionali, il processo decisionale per i settori non sanitari come l'istruzione, il lavoro e il benessere è condotto a livello nazionale e storicamente sono stati presi meno impegni espliciti per ridurre le disuguaglianze in queste aree.

Per quanto riguarda il monitoraggio, il decentramento rappresenta un ostacolo alla raccolta di dati tempestivi e mirati al fine di produrre indicatori disaggregati necessari per l'analisi dell'equità. Sono presenti differenze regionali nel grado di autonomia politica locale, così come varia la capacità di raccogliere, elaborare e analizzare i dati, cosa che è stata evidente durante la crisi del COVID-19.

La *task force* Benessere Italia, con sede presso l'Ufficio di Presidenza del Consiglio dei Ministri, sta lavorando per introdurre i principi del benessere per tutti e del benessere equo e sostenibile nelle attività di governo, utilizzando metodologie e linee guida specifiche per gli indicatori di qualità della vita, prendendo in considerazione le migliori prassi nella gestione degli obiettivi di sviluppo sostenibile e nel coordinamento delle politiche governative sul benessere equo e sostenibile. Questo programma di lavoro sta elaborando un quadro sistematico delle disuguaglianze socioeconomiche in Italia e del loro effetto sulla salute dei cittadini, e si è concentrato negli ultimi anni sull'impatto della crisi economica e sulle barriere di accesso alle cure (9).

In risposta alla pandemia COVID-19, la *task force* sta prendendo in considerazione il ruolo centrale che il benessere dei cittadini dovrebbe occupare nel cuore del processo decisionale politico, oltre al ruolo potenziale che gli indicatori hanno nel monitoraggio del benessere dei cittadini e nella valutazione delle politiche.

Guardando al futuro, il Presidente del Consiglio Mario Draghi nel suo discorso iniziale al Parlamento nel febbraio 2021 ha definito i capisaldi del piano di ripresa post-pandemia del Governo (10). Essi includono i seguenti obiettivi: accelerare la vaccinazione contro il COVID-19, rafforzare i servizi sanitari locali e della comunità per un sistema sanitario più sostenibile e resiliente, proteggere i posti di

lavoro, introdurre forme innovative di occupazione sicura e colmare il divario salariale di genere e di povertà. Il discorso ha anche delineato i passi da compiere per aumentare la disponibilità di assistenza per la salute mentale e garantire che la casa sia il principale luogo di cura, e per investire nella formazione in competenze digitali, tecnologiche e ambientali, rivolgendosi in particolare alle donne per migliorare la loro partecipazione al mercato del lavoro.

I risultati e le proposte politiche lungimiranti in questo rapporto nazionale dell'HESRi italiano si accordano appieno con le priorità della strategia nazionale e forniscono le evidenze sul potenziale necessario ad accelerare il progresso in Italia verso l'equità nella salute e nel benessere attraverso azioni politiche orientate all'equità che sostengono questi obiettivi.

I dati e le analisi dell'HESRi

Una nuova serie di indicatori disaggregati

Uno dei contributi dell'HESRi italiano è la generazione di un nuovo set di indicatori disaggregati, derivati specificamente per l'analisi HESRi italiana. Questo set di dati riunisce gli indicatori dello stato attuale e le tendenze delle disuguaglianze di salute, i divari e le tendenze nelle cinque condizioni essenziali necessarie per vivere una vita sana, e i progressi e le tendenze nell'efficacia delle politiche atte a colmare queste disuguaglianze.

I microdati alla base di questi indicatori sono stati forniti dall'ISS e dall'ISTAT. I dati sono ricavati dal periodo 2004-2019. Tuttavia, poiché i dati non sono sempre disponibili per l'intera serie di anni per tutti gli indicatori, l'analisi dei diversi indicatori può riferirsi a periodi di tempo diversi.

Gli indicatori sono stati costruiti a partire dai microdati da collaboratori dell'ISS e del Dipartimento di Economia dell'Università Ca' Foscari di Venezia, mentre la visualizzazione e l'analisi degli indicatori è stata effettuata dall'Ufficio Europeo per gli Investimenti per la Salute e lo Sviluppo dell'OMS.

Visualizzare le disuguaglianze con i grafici

In tutto questo rapporto, i grafici a gradiente – rappresentati come punti colorati distribuiti lungo una linea – sono usati per descrivere il gradiente socioeconomico di un indicatore, e permettono di esaminare come i livelli dell'indicatore variano tra sottogruppi di persone. Nella maggior parte dei casi, vengono identificati tre o cinque sottogruppi in base a indicatori di status socioeconomico, come il numero di anni di istruzione o i livelli di reddito o di ricchezza. Per le persone di ogni sottogruppo, il livello medio dell'indicatore è calcolato e rappresentato nel grafico da un punto di colore diverso. Per facilitare il confronto tra sottogruppi con profili d'età differenti,

gli indicatori di esito di salute sono stati direttamente standardizzati per età in rapporto con la popolazione standard mondiale dell'OMS.

I grafici di gap, visualizzati come grafici a barre, sono usati per mostrare la differenza, o gap, nei livelli medi dell'indicatore nel sottogruppo più avvantaggiato, rispetto al sottogruppo più svantaggiato. Per esempio, i grafici mostrano la differenza per quintile di reddito (più alto vs. più basso), o per livello di scolarizzazione, mettendo a confronto coloro che hanno raggiunto un'istruzione terziaria con coloro che invece hanno raggiunto al massimo la licenza media inferiore

I grafici di scomposizione sono utilizzati per visualizzare i risultati delle analisi di scomposizione, come spiegato nella sezione 2, che mostrano come l'insicurezza in ciascuna delle cinque condizioni essenziali contribuisca collettivamente al divario socioeconomico per un dato indicatore di salute, come la salute mentale o le malattie limitanti. I dati per l'analisi di scomposizione provengono dai campioni italiani dei microdati EQLS di Eurofound. I grafici di scomposizione consentono ai responsabili politici di vedere chiaramente il peso relativo dell'associazione tra ciascuna condizione essenziale e la disuguaglianza per uno specifico indicatore di salute (3).

Scelte metodologiche per l'analisi

Molti degli indicatori di salute e benessere presentati nel rapporto sono disaggregati per livello di istruzione. È il caso degli indicatori per i quali i dati sottostanti consentono solo definizioni imprecise di sottogruppi basati sullo status economico, come ad esempio è il caso se gli intervistati non hanno avuto "nessuna", "alcune" o "molte" difficoltà economiche. I sottogruppi di istruzione, invece, sono definiti con precisione secondo i livelli di istruzione basati sulla Classificazione Internazionale Standard dell'Istruzione (ISCED) del 2011. In questo rapporto i livelli di istruzione ISCED sono raggruppati in tre sottogruppi: 1) basso, che comprende solo l'istruzione da pre-primaria a secondaria di primo grado; 2) medio, che comprende l'istruzione non terziaria che va dalla secondaria di secondo grado a quella post-secondaria; e 3) alto, che comprende l'istruzione universitaria di livello terziario.

Le quote di persone in ogni gruppo di istruzione in Italia si sono evolute nel tempo, con percentuali nel gruppo con istruzione universitaria in costante aumento dal 2004 e percentuali nel gruppo con istruzione di primo grado o inferiore in costante diminuzione. La tabella 0.1 mostra le percentuali di donne e uomini in Italia tra i 25 e i 64 anni in ogni gruppo di istruzione nel 2019 e nel 2004.

Tabella 0.1. Percentuale di adulti in ogni sottogruppo di istruzione, 2004 e 2019

	Secondaria di primo grado o meno (%)	Secondaria di secondo grado (%)	Terziaria (%)
Donne 2019	35.6	42.0	22.4
Uomini 2019	40.1	43.1	16.8
Donne 2004	51.4	36.5	12.1
Uomini 2004	51.3	37.6	11.1

Fonte: Database delle Statistiche sull'Istruzione dell'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE), 2021 (11).

Questo fatto può avere implicazioni per l'analisi delle tendenze in materia di disuguaglianza, poiché i gruppi di istruzione superiore ora coprono una porzione maggiore della popolazione in Italia. Tenendo conto di ciò, qualsiasi tendenza dovuta a miglioramenti nella salute tra coloro che hanno un titolo di studio più elevato riguarda una proporzione maggiore di persone nel tempo, mentre le tendenze dovute a miglioramenti tra coloro che hanno un titolo di studio più basso interessano una proporzione minore di persone.

L'analisi delle disuguaglianze tra questi sottogruppi può essere fatta in termini assoluti, usando la differenza nei tassi di prevalenza di un indicatore tra i gruppi, o da un punto di vista relativo, usando il rapporto dei tassi di prevalenza. È possibile che le tendenze delle disuguaglianze relative e assolute divergano anche quando la salute migliora per tutti i sottogruppi considerati. Le riduzioni delle disuguaglianze relative richiedono che il miglioramento nei sottogruppi svantaggiati sia proporzionalmente più alto che nei sottogruppi che stanno meglio, cosa empiricamente meno comunemente osservata nella pratica, mentre le riduzioni delle disuguaglianze assolute sono state più facili da realizzare e rappresentano un successo nella salute pubblica, purché la differenza relativa non aumenti. Come suggerito dalla letteratura recente (12), l'analisi di questo rapporto si concentra sulle differenze nei risultati, presentando dati e grafici in funzione di misure assolute di disuguaglianza. Tuttavia, le affermazioni sulla riduzione e l'ampliamento delle tendenze vengono fatte solo quando sono statisticamente significative sia in termini di misura assoluta (differenza) che relativa (rapporto).

Schema

La **sezione 1** fornisce un quadro delle disuguaglianze nella salute in Italia prima della pandemia COVID-19 e dopo la crisi finanziaria del 2008, attingendo al nuovo set di indicatori disaggregati derivati dalle fonti di microdati nazionali per l'HESRi italiano. Questa sezione:

- valuta lo stato attuale e le tendenze recenti delle lacune in materia di salute e benessere;
- evidenzia le principali disuguaglianze di genere e le disuguaglianze tra le fasi della vita, così come le disuguaglianze tra i gruppi socioeconomici e lo status di migrante negli indicatori di salute e benessere.

La **sezione 2** utilizza il dataset italiano HESRi e ulteriori microdati per esaminare lo stato e le tendenze delle condizioni essenziali necessarie per vivere in salute in Italia nel XXI° secolo. Si analizza l'associazione tra disuguaglianza di salute e disparità socioeconomiche nelle condizioni essenziali, e le tendenze delle disparità nelle condizioni essenziali prima della pandemia COVID-19 e dopo la crisi finanziaria del 2008. Le condizioni essenziali per raggiungere l'equità in salute coprono cinque aree di intervento: 1) i servizi sanitari, 2) la sicurezza del reddito e della protezione sociale, 3) le condizioni di vita, 4) il capitale sociale e umano, e 5) l'occupazione e le condizioni di lavoro.

Un'analisi di scomposizione identifica i fattori significativi associati alle disuguaglianze di salute in Italia sulla base delle cinque condizioni essenziali. Questa analisi evidenzia i molteplici fattori che incidono sulla salute e sul benessere e mostra i percorsi delle disuguaglianze di salute che possono essere oggetto dell'azione politica.

La **sezione 3** fornisce un'analisi e una discussione sulle opzioni politiche e sulle priorità future atte a costruire una ripresa resiliente dopo gli effetti del COVID-19, basandosi sui risultati delle sezioni 1 e 2 e utilizzando l'equità come motore per una ripresa e uno sviluppo sostenibili a lungo termine. Questa sezione:

- sintetizza le evidenze emergenti su come il COVID-19 stia cumulando le disuguaglianze esistenti in materia di salute e le condizioni essenziali per una vita sana, ed indaga quali nuovi rischi di disuguaglianza e vulnerabilità si stiano delineando;

- mette in evidenza le misure sanitarie e intersettoriali prioritarie suscettibili di (a) attenuare l'inasprimento delle disuguaglianze esistenti e l'emergere di nuove, e (b) favorire una ripresa che non lasci indietro nessuno a causa della scarsa salute e dell'insicurezza delle condizioni essenziali necessarie per una vita sana.

Rapporto sullo stato dell'equità in salute in Italia

1. Stato di salute e tendenze

Questa prima sezione si focalizza sulle disparità e le tendenze nello stato di salute degli adulti e dei bambini appartenenti ai ceti più benestanti e a quelli meno agiati della popolazione italiana. Gli indicatori di salute e benessere in questa sezione sono principalmente disaggregati per livello di istruzione, poiché le categorie relative all'istruzione forniscono il mezzo più standardizzato e affidabile per confrontare diversi gruppi della popolazione. L'analisi e la discussione degli indicatori, derivati dai dati dell'indagine dell'ISS e dell'ISTAT, sono organizzati in modo generale intorno (i) allo stato di salute e benessere, e (ii) allo stile di vita e ai fattori di rischio che influenzano la salute.

PRINCIPALI CONCLUSIONI

Fino all'avvento della pandemia di COVID-19, l'aspettativa di vita in Italia era aumentata, pur persistendo ancora notevoli disuguaglianze socioeconomiche e regionali.

Le donne generalmente vivono più a lungo degli uomini, anche se gli anni di vita eccedenti non sono necessariamente vissuti in buona salute.

Anche lo stato di salute dichiarato dalle persone che vivono in Italia è migliorato negli ultimi anni, dato che il numero di persone che dichiarano di godere di uno stato di salute scarso o discreto è minore rispetto a dieci anni fa.

Tuttavia, c'è un chiaro gradiente sociale e per livello di istruzione nella maggior parte degli indicatori di salute, visto che coloro che hanno un titolo di studio più basso e meno sicurezza finanziaria si trovano in uno stato di salute peggiore rispetto a quelli che hanno un titolo di studio più elevato e maggiore sicurezza finanziaria.

Le persone con minor scolarizzazione e minor sicurezza finanziaria sono più propense ad avere livelli più alti di MNT, maggiori livelli di sovrappeso, una maggiore prevalenza di malattie depressive e hanno più probabilità di essere fumatori attivi.

Per molti di questi indicatori di salute, la dimensione del divario tra i più e i meno avvantaggiati è rimasta la stessa, e per alcuni, come il sovrappeso nelle ragazze adolescenti, è aumentata.

Disuguaglianze nella salute e nel benessere: stato e tendenze dalla crisi finanziaria del 2008

RIASSUNTO

L'aspettativa di vita sta aumentando in Italia, e i livelli di salute auto-riferita scarsa e discreta stanno diminuendo tra le persone in età lavorativa e tra gli anziani, il che indica che, nel complesso, le persone si sentono in uno stato di salute migliore rispetto agli anni precedenti. Se le disuguaglianze tra la proporzione di coloro che hanno una minore e maggiore istruzione che dichiarano di godere di scarsa o discreta salute sono diminuite tra la popolazione in età lavorativa, ciò non si verifica per le persone più anziane o più giovani.

Anche se vengono segnalati meno casi di salute scarsa o discreta, il fatto che non ci sia stata una riduzione comparabile nella proporzione di persone che riferiscono di avere una o più malattie croniche, probabilmente implica che in alcuni casi le malattie croniche vengono controllate meglio che in passato.

Un chiaro gradiente per livello di istruzione è evidente in quasi tutti gli indicatori, dato che il diabete e le malattie cardiovascolari sono più diffuse tra coloro che hanno un titolo di studio più basso. Le donne sembrano essere più propense degli uomini a riferire sintomi di depressione.

Fino all'avvento della pandemia COVID-19, l'aspettativa di vita era aumentata tanto per le donne che per gli uomini, anche se le persone con meno anni di istruzione, o che risiedevano nell'Italia meridionale vivevano in media meno a lungo.

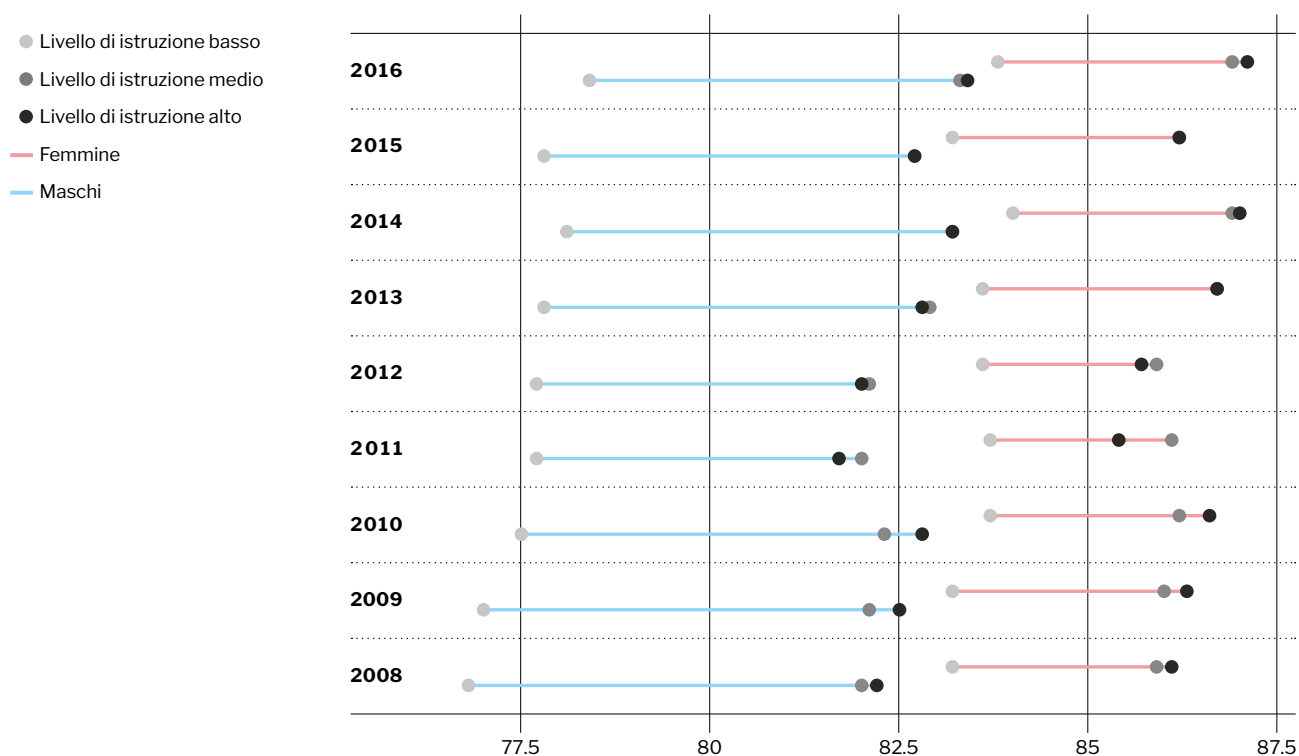
Le persone anziane con la sola istruzione obbligatoria sono soggette a livelli più alti di limitazioni legate alla salute.

- L'aspettativa di vita è aumentata in Italia. Le donne e gli uomini per tutti i livelli di istruzione vivevano più a lungo nel 2016 che nel 2008 (Fig. 1.1).
- La differenza nell'aspettativa di vita tra donne e uomini nel gruppo con la sola istruzione obbligatoria e nei gruppi con un titolo di studio più elevato è molto più grande della differenza tra i gruppi di istruzione di livello medio e alto, indicando che non esiste un gradiente sociale veramente lineare a tutti i livelli di istruzione.
- Secondo l'Atlante italiano delle disuguaglianze di mortalità per livello di istruzione (2019) (13), in ogni regione italiana gli uomini hanno un'aspettativa di vita inferiore alle donne. È importante notare che, se le donne vivono più a lungo, ciò non implica necessariamente una migliore qualità degli anni di vita.
- Le persone che vivono nell'Italia meridionale perdono un anno di aspettativa di vita indipendentemente dal livello di istruzione, e le

disuguaglianze sociali in termini di mortalità sono più marcate nelle regioni più povere del Sud.

- Il COVID-19 sembra aver interrotto la tendenza all'aumento dell'aspettativa di vita, e sembra persino averla invertita, in particolare nelle parti d'Italia più colpite dalla pandemia. A livello nazionale, la speranza di vita sembra essere diminuita di circa 0,9 anni, anche se questo dato maschera una significativa variazione regionale con un impatto più marcato nelle regioni del Nord (14).

Fig. 1.1. Aspettativa di vita alla nascita (tutti i gruppi di età), per livello di istruzione

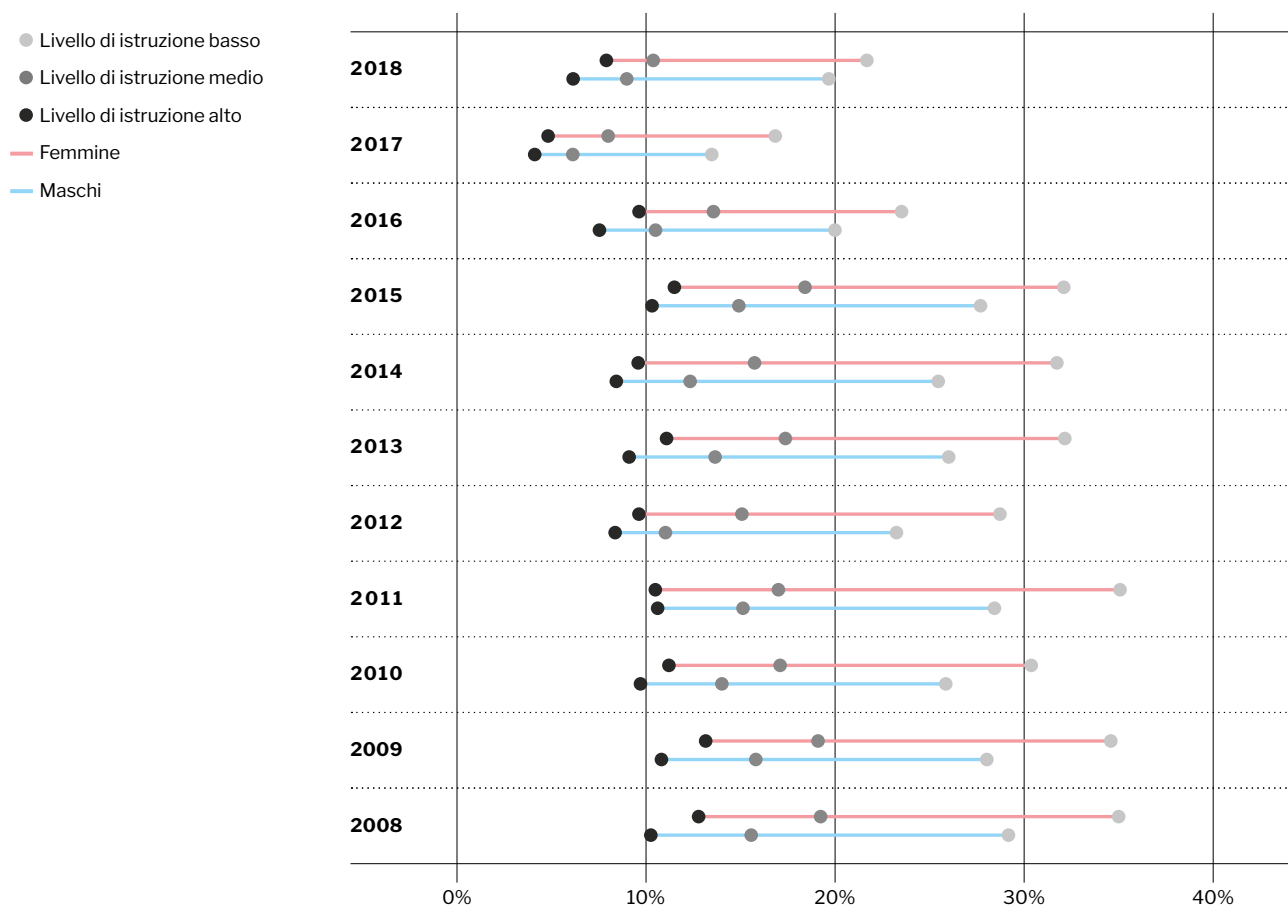


Fonte: analisi originale per l'Italian Health Equity Status Report (HESR) basata sui dati delle anagrafi comunali italiane (database dell'Anagrafe Nazionale della Popolazione Residente (ANPR)).

I livelli di salute auto-riferita scarsa/discreta sono diminuiti per gli adulti in età lavorativa e le persone anziane, mentre la situazione per i giovani adulti è però meno chiara.

- Le misure auto-riferite di salute generale, salute mentale e benessere sono sempre più riconosciute come elementi rivelatori precoci di rischio di mortalità e morbilità, e sono ampiamente considerate come indicatori affidabili dello stato di salute oggettivo (3).
- In generale, i livelli complessivi di salute scarsa o discreta riferiti dagli adulti in età lavorativa (età 25-64) sono diminuiti in Italia per ogni livello di istruzione nel decennio successivo alla crisi finanziaria, tra il 2008 e il 2018 (Fig. 1.2). In altre parole, col passare del tempo, meno persone riferiscono di avere uno stato di salute scarsa o discreta in tutti i gruppi socioeconomici, e l'ampiezza del divario tra coloro che hanno più e meno anni di istruzione è diminuita.

Fig. 1.2. Percentuale di adulti (di età compresa tra i 25 e i 64 anni; corretta per l'età) che riferiscono di essere in scarsa o discreta salute per livello di istruzione



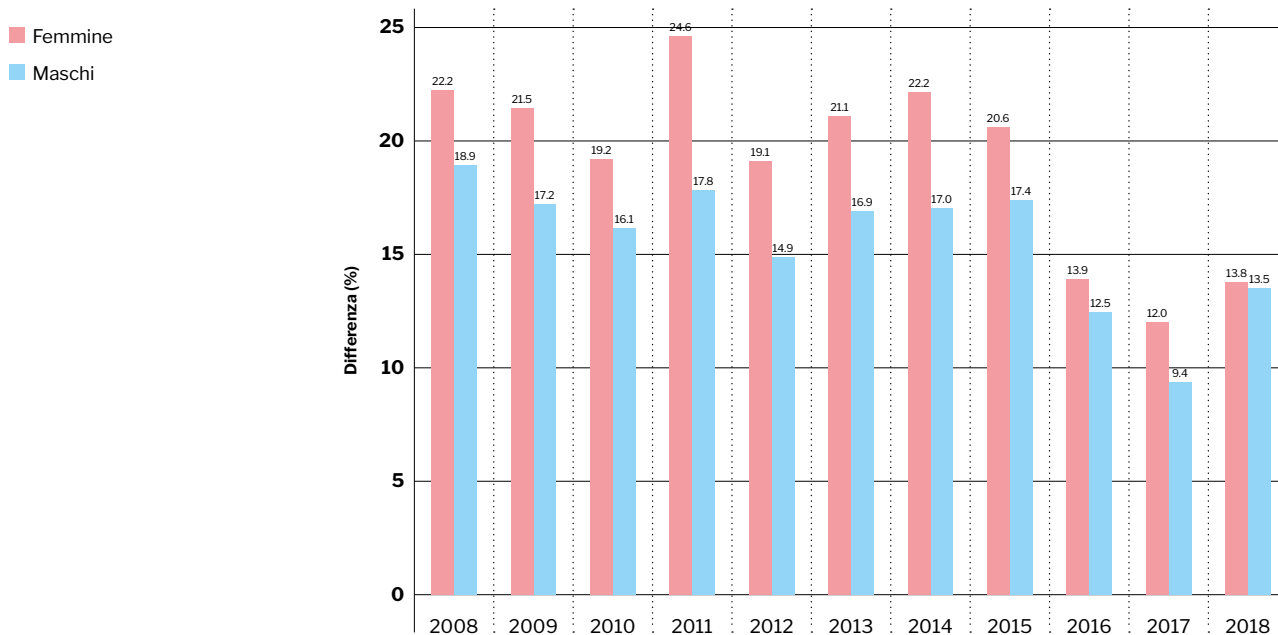
Fonte: elaborazione degli autori basata sui dati dell'indagine italiana della European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC) (15).

- Questa tendenza alla diminuzione dei livelli di salute auto-riferita scarsa e discreta si osserva anche in coloro che hanno 65 anni e oltre, ad ogni livello di istruzione, nello stesso periodo di 10 anni.
- Peraltro, coloro che hanno un titolo di studio più basso sono ancora più propensi a riferire di avere una salute scarsa o discreta rispetto alle persone con un titolo di studio più elevato, sia all'interno dei gruppi di età lavorativa che in quelli più anziani, con una differenza di 13,8 punti percentuali nella percentuale di donne in età lavorativa con solo l'istruzione obbligatoria che riferiscono di avere una salute scarsa o discreta nel 2018, rispetto alle donne con istruzione universitaria. Per gli uomini, la differenza era di 13,5 punti percentuali.
- L'ampiezza del divario tra gli adulti con un livello d'istruzione medio e alto che riferiscono di avere una salute scarsa o discreta è maggiore di quella presente tra le persone in questi gruppi d'istruzione per quanto riguarda l'aspettativa di vita.
- Il quadro è meno chiaro per i giovani dai 16 ai 24 anni. Ciò può essere dovuto alle difficoltà inerenti all'esame delle disuguaglianze di salute tra i gruppi sociali ed economici dei giovani adulti, una fase della vita in cui molte persone sono soggette a molteplici cambiamenti nelle loro condizioni di vita e di lavoro in un lasso di tempo relativamente breve. Questo periodo può essere caratterizzato da cambiamenti, attese e periodi di incertezza e insicurezza che possono comprendere lunghi periodi di lavoro a tempo determinato, bassa retribuzione, lavoro di scarsa qualità o disoccupazione (16).

Le disuguaglianze relative alla salute auto-riferita si sono ridotte tra le persone in età lavorativa e gli uomini di 65 anni e oltre, ma non tra i giovani o le donne di 65 anni e oltre, suggerendo l'opportunità di porre l'attenzione sugli interventi politici atti ad aumentare l'equità per le persone più giovani e le donne più anziane.

- Il divario nella proporzione di donne e uomini in età lavorativa che riferiscono di essere in scarsa o discreta salute, confrontando coloro che hanno un'istruzione universitaria con quelli che hanno solo la scuola dell'obbligo, si è ridotto nella decade tra il 2008 e il 2018 (Fig. 1.3), con una riduzione della grandezza del divario di 8,4 punti percentuali per le donne e 5,4 punti percentuali per gli uomini. Questa riduzione del divario è statisticamente significativa.
- Si osserva ugualmente una riduzione statisticamente significativa del divario nella salute auto-riferita tra gli uomini più e meno avvantaggiati di 65 anni e oltre, se valutati per livello di istruzione o per quintile di reddito.

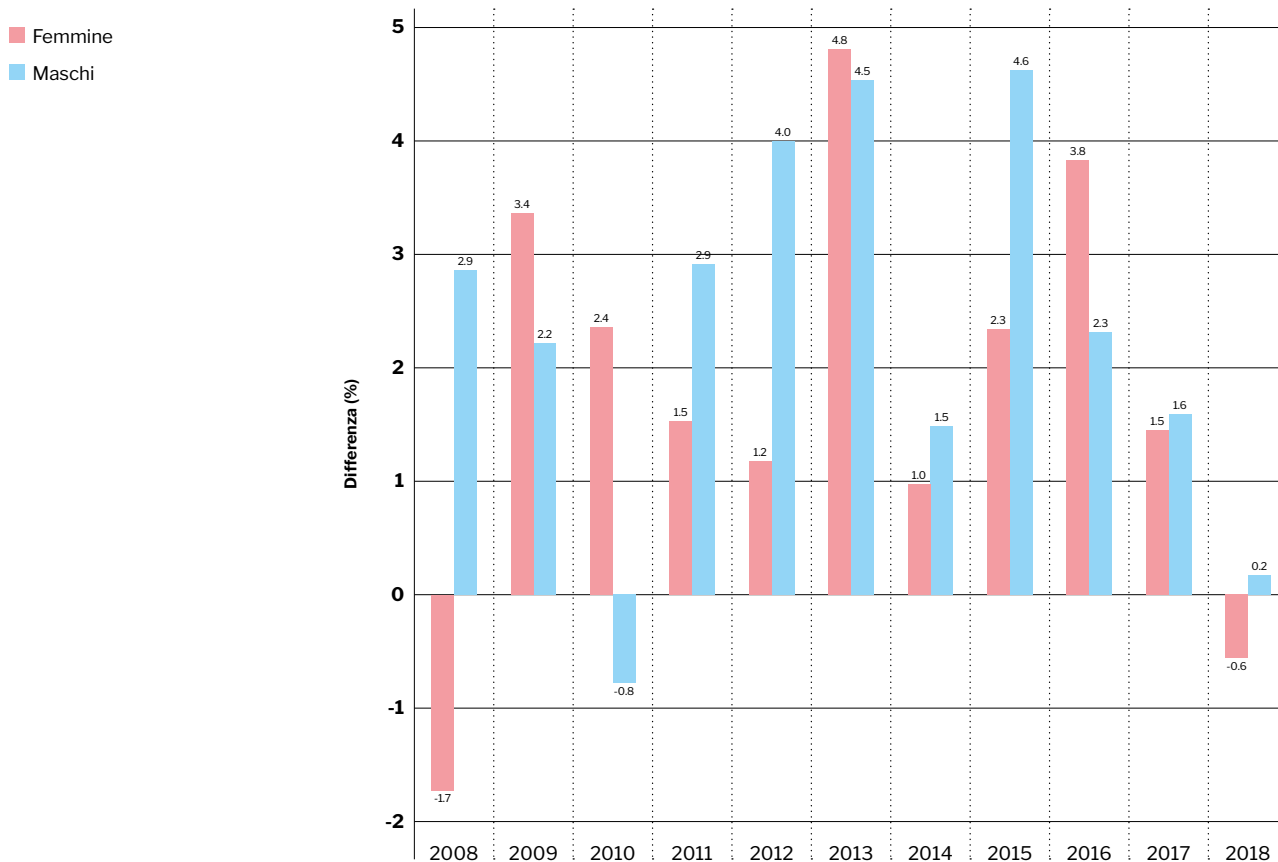
Fig. 1.3. Differenza nella percentuale di adulti (di età compresa tra i 25 e i 64 anni; corretta per l'età) che riferiscono di essere in scarsa o discreta salute, livello di istruzione inferiore rapportato a quello superiore



Fonte: elaborazione degli autori sulla base dei dati dell'indagine italiana EU-SILC (15).

- Per contro, non c'è stata alcuna riduzione statisticamente significativa del divario tra i giovani più e meno avvantaggiati (di età compresa tra i 16 e i 24 anni) nello stesso periodo, se valutati per quintile di reddito (Fig. 1.4) (dati dettagliati basati sul livello di istruzione non erano disponibili per il gruppo di età più giovane), o per le donne più anziane (di età pari o superiore ai 65 anni) se valutate per livello di istruzione o per quintile di reddito.
- Si possono intravedere i segni di una tendenza alla diminuzione della dimensione del divario per i quintili di reddito più alti e più bassi tra i giovani uomini, ma non si osserva una tendenza simile per le giovani donne. L'interpretazione della tendenza per i giovani è resa più complessa dal fatto che una parte di essi rimane nella condizione di studente e quindi il conseguimento di livelli di reddito più alti risulta differito.

Fig. 1.4. Differenza nella percentuale di giovani adulti (di età compresa tra i 16 e i 24 anni; corretta per l'età) che riferiscono di avere una salute scarsa o discreta, quintile di reddito inferiore in rapporto a quello superiore



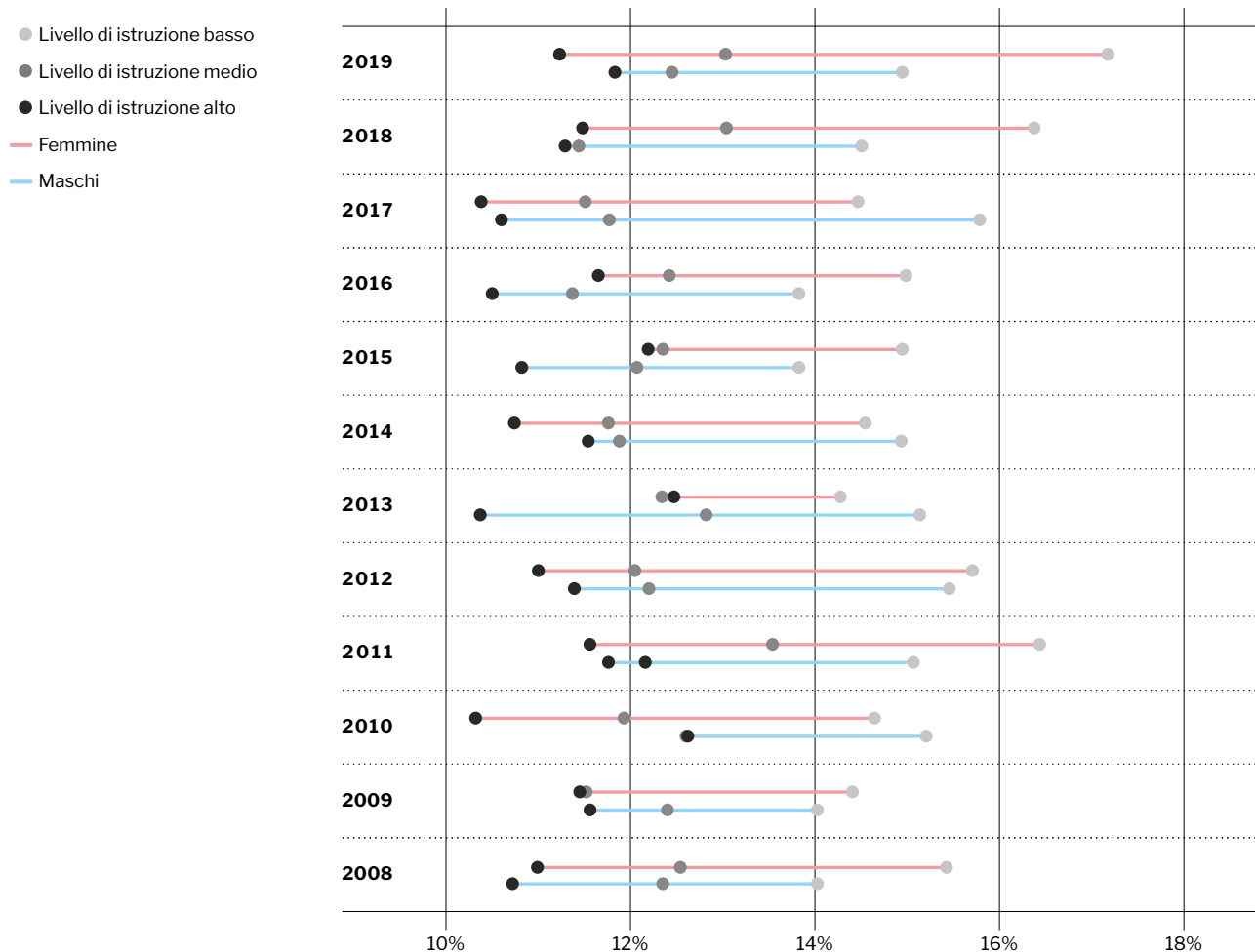
Fonte: elaborazione degli autori sulla base dei dati dell'indagine italiana EU-SILC (15).

Il divario è aumentato tra la proporzione di donne con un titolo di studio basso e quelle con un titolo di studio elevato che dichiarano di soffrire di una o più malattie croniche, e la prevalenza di almeno una malattia cronica è più alta nelle donne più anziane quale che sia il loro livello di istruzione, il che fa pensare che le esistenti misure di prevenzione delle malattie non trasmissibili forse funzionino meno bene per le donne.

- Come descritto in precedenza, la proporzione di persone in età lavorativa (dai 25 ai 64 anni) e più anziane (dai 65 anni in su) che riferiscono di avere uno stato di salute solo scarso o discreto sta complessivamente diminuendo, a cui corrisponde un aumento della proporzione di adulti in età lavorativa che dicono di trovarsi in buona o ottima salute.

- Non c'è stata però una riduzione parallela nell'incidenza di alcune malattie croniche. Tanto le donne che gli uomini in età lavorativa (tra i 18 e i 64 anni) con la sola istruzione obbligatoria hanno maggiori probabilità di dichiarare di soffrire di almeno una malattia cronica, e le donne con la sola istruzione obbligatoria hanno 1,5 volte più probabilità delle donne con istruzione universitaria di riferirlo — la probabilità corrispondente è 1,2 volte più alta per gli uomini provvisti di sola istruzione obbligatoria.
- Le donne in età lavorativa sono anche leggermente più propense degli uomini nella stessa fascia d'età a riferire di avere due o più malattie croniche, mostrando un gradiente per livello di istruzione ugualmente evidente.
- Tra il 2008 e il 2019, non c'è stata alcuna riduzione né nella proporzione di adulti in età lavorativa che riferiscono di avere almeno una malattia cronica né nella dimensione del divario tra quelli con più e meno anni di istruzione che dichiarano di avere una malattia cronica; in realtà, dal 2013 si è osservato un aumento statisticamente significativo di questo divario tra le donne.
- La percentuale di donne in età lavorativa con la sola istruzione obbligatoria che riferiscono di avere almeno una malattia cronica è più alta di quella degli uomini con la sola istruzione obbligatoria nella maggior parte degli anni del periodo di 12 anni per cui i dati erano disponibili, occorrenza verificatasi in quattro dei cinque anni più recenti (2015-2019) (Fig. 1.5).
- Per gli adulti di età superiore ai 65 anni, l'incidenza di almeno una malattia cronica era quasi doppia per le donne di tutti i livelli di istruzione rispetto agli uomini.
- Un'ampia percentuale di adulti anziani (di età superiore ai 65 anni) con la sola istruzione obbligatoria riferisce di dover affrontare limitazioni nelle loro attività quotidiane a causa di problemi di salute. Nel 2018 (l'anno più recente per il quale erano disponibili i dati), questo era vero per il 55,3% delle donne e il 47,8% degli uomini provvisti della sola istruzione obbligatoria. Al contrario, il 29,5% delle donne e il 25,2% degli uomini con un'istruzione universitaria hanno riferito di avere queste limitazioni.

Fig. 1.5. Percentuale di adulti (di età compresa tra i 18 e i 64 anni; corretta per l'età) che riferiscono di avere almeno una malattia cronica, per livello di istruzione



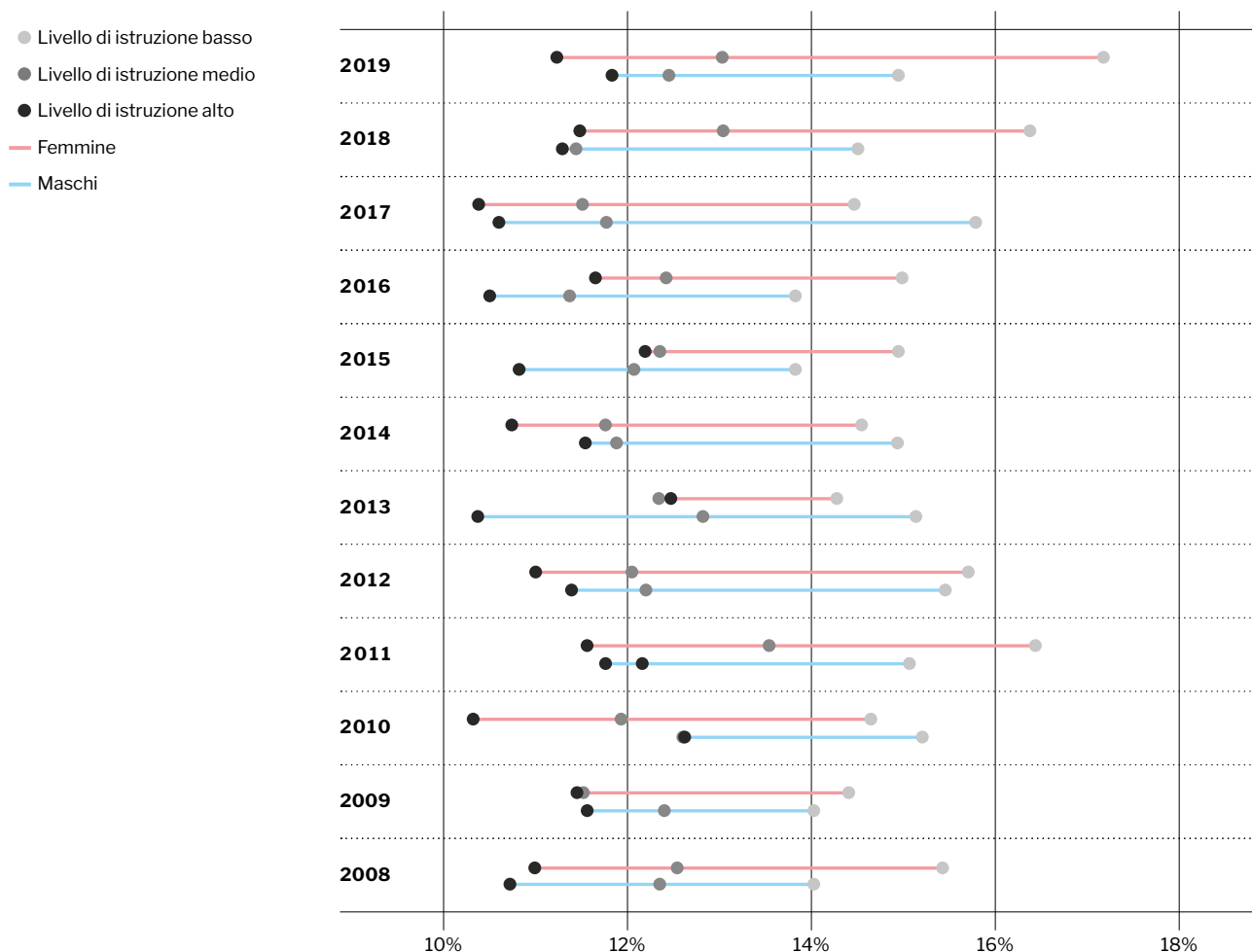
Fonte: elaborazione degli autori sulla base dei dati raccolti dal Sistema Italiano di Sorveglianza dei Fattori di Rischio Comportamentale (PASSI) (17).

Anche se meno persone riferiscono di avere una salute scarsa o discreta, la frequenza del diabete e delle malattie cardiovascolari è più alta nei gruppi più svantaggiati

- La proporzione di uomini e donne che riferiscono di avere il diabete è rimasta sostanzialmente stabile nel periodo oggetto di studio (Fig. 1.6), così come la quota di uomini e donne che riferiscono di essere affetti da malattie cardiovascolari.

- Poco meno del triplo delle donne in età lavorativa e poco più del triplo degli uomini con la sola scuola dell'obbligo riferiscono di avere il diabete, rispetto a quelli con istruzione universitaria. Questo divario non è cambiato significativamente tra il 2008 e il 2019.
- Sia gli uomini che le donne in età lavorativa con la sola istruzione obbligatoria hanno maggiori probabilità di soffrire di malattie cardiovascolari rispetto ai loro coetanei con istruzione universitaria. Nel 2019, l'ampiezza del divario tra le persone con un titolo di studio più elevato e più basso era di 1,4 punti percentuali nelle donne e solo 0,2 punti percentuali negli uomini; questo risultato è però insolito. In generale, le malattie cardiovascolari sono più diffuse tra gli uomini che tra le donne.

Fig. 1.6. Percentuale di adulti (di età compresa tra i 18 e i 64 anni; corretta per l'età) che dichiarano di essere diabetici, per livello di istruzione

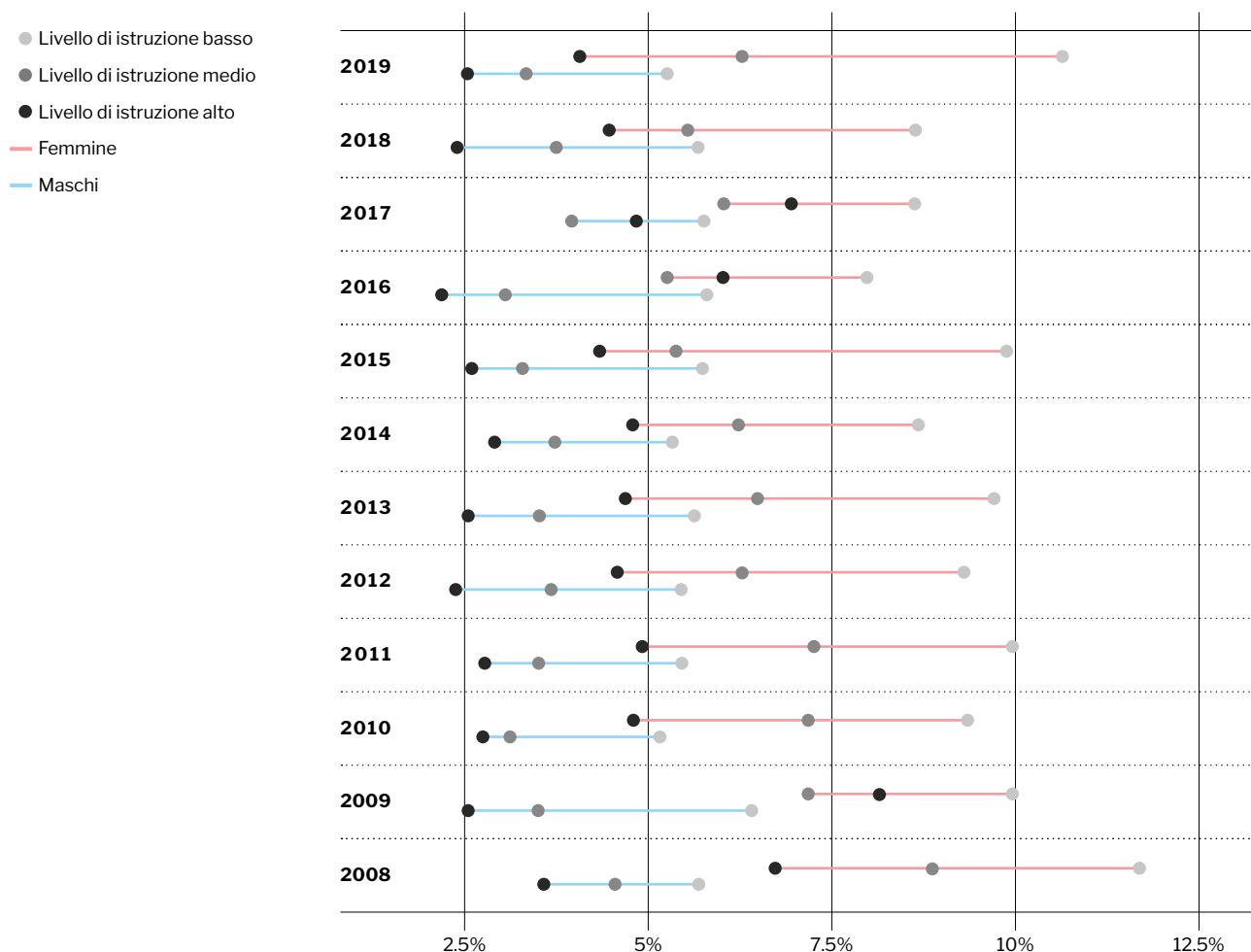


Fonte: elaborazione degli autori sulla base dei dati raccolti dal PASSI (17).

La depressione colpisce una percentuale maggiore di donne rispetto agli uomini sia tra le persone in età lavorativa che tra quelle in età avanzata, mentre le donne e gli uomini più anziani sono più propensi a riferire sintomi di depressione rispetto alle persone in età lavorativa

- Una percentuale maggiore di donne in età lavorativa (dai 18 ai 64 anni) rispetto agli uomini ha riferito sintomi di depressione, per ogni livello di istruzione (Fig. 1.7). Nel 2019, le donne hanno riferito tali sintomi in numero doppio rispetto agli uomini, quando il livello di istruzione si ferma all'obbligo scolastico. Il divario tra coloro che hanno un titolo di studio più elevato e più basso non si è affatto ridotto nel periodo tra il 2009 e il 2019, e per le donne il divario è aumentato notevolmente tra il 2016 e il 2019.
- Si è egualmente constatato che le donne anziane (di età pari o superiore ai 65 anni) erano più propense a segnalare sintomi depressivi rispetto agli uomini della stessa fascia d'età, e la percentuale di adulti anziani che riferivano di tali sintomi era maggiore rispetto agli adulti in età lavorativa, sia tra le donne che tra gli uomini.

Fig. 1.7. Percentuale di adulti (di età compresa tra i 18 e i 64 anni; corretta per l'età) che riferiscono di avere sintomi depressivi, per livello di istruzione

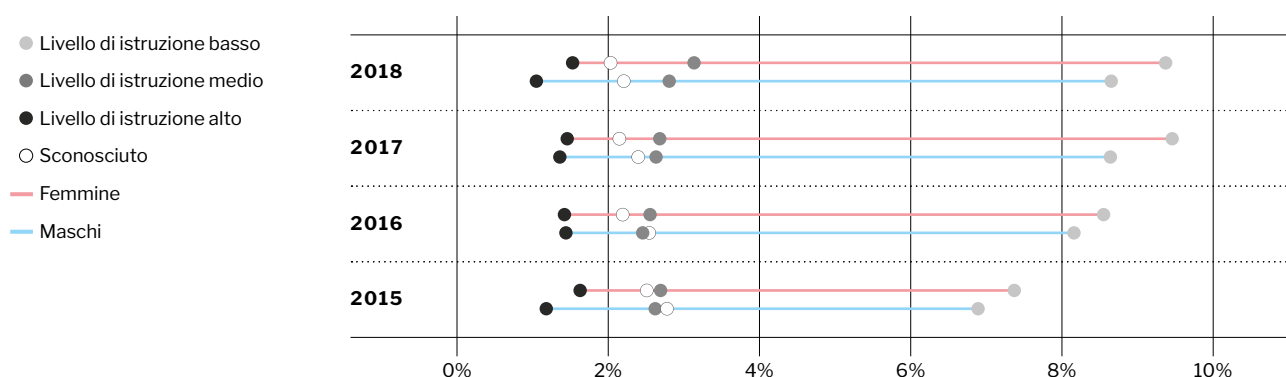


Fonte: elaborazione degli autori sulla base dei dati raccolti dal PASSI (17)

Le donne giovani erano meno numerose degli uomini a utilizzare i servizi di salute mentale, ma le donne in età lavorativa e quelle più anziane erano più numerose degli uomini a ricorrere a questi servizi; non è chiaro se ciò indichi un maggior livello di bisogno insoddisfatto nelle donne più giovani o negli uomini in età lavorativa e più anziani

- Una percentuale inferiore di donne giovani (di età compresa tra i 18 e i 24 anni) è stata nuova utente dei servizi di salute mentale rispetto ai giovani uomini nel periodo di quattro anni 2015-2018 (Fig. 1.8). Questa differenza di genere si inverte per i gruppi di età 25-64 anni e 65+ anni, con una percentuale più alta di utenti femminili dei servizi suddetti in queste fasi della vita.

Fig. 1.8. Nuovi utenti dei servizi di salute mentale su 1000 giovani (18-24 anni), per livello di istruzione



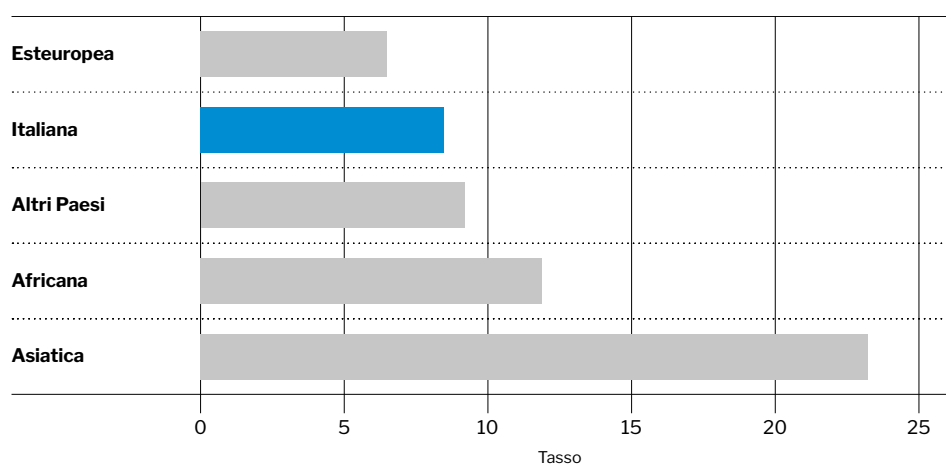
Fonte: analisi originale per l'HESR italiano basata sui dati del Sistema Informativo Nazionale sulla Salute Mentale (SISM) del Ministero della Salute.

I divari in materia di mortalità materna e di comportamenti sani durante la gravidanza perdurano, in particolare per le donne con meno anni di istruzione e tra alcuni gruppi di immigrati

- Il rapporto di mortalità materna per 100 000 nati vivi era più del doppio tra coloro che avevano la sola istruzione obbligatoria rispetto a quelli con un'istruzione di livello medio nei dati di mortalità materna raggruppati tra il 2006 e il 2015. Le donne con più anni di istruzione non registrano la mortalità materna più bassa.
- Nel 2019, le donne che hanno frequentato solo la scuola dell'obbligo hanno fumato durante la gravidanza quasi sei volte di più rispetto alle donne con un'istruzione universitaria.
- Al contrario, le donne con istruzione universitaria che hanno consumato alcol almeno 1-2 volte al mese durante la gravidanza erano quasi 1,4 volte più numerose rispetto alle donne con la sola istruzione obbligatoria.

- Le donne con cittadinanza asiatica presentavano i livelli più alti di mortalità materna in Italia tra il 2006 e il 2015, mentre le cittadine dei Paesi dell'Europa orientale registravano i livelli più bassi (Fig. 1.9).
- Ci sono evidenze che gli immigrati nelle città italiane hanno tassi di ospedalizzazione più bassi dei cittadini italiani, in particolare tra gli uomini. Tra le donne, i tassi di ospedalizzazione dovuti alla gravidanza e al parto sono talvolta più alti che per le italiane. Se le ospedalizzazioni sono diminuite nel tempo, ciò non si è verificato nel caso degli immigrati (14).

Fig. 1.9. Rapporto di mortalità materna per 100.000 nati vivi, per cittadinanza, 2006-2015



Fonte: analisi originale per l'HESR italiano basata sui dati del Sistema Italiano di Sorveglianza Ostetrica (ITOSS) dell'Istituto Superiore di Sanità.

- Ricerche passate hanno mostrato un rischio di mortalità neonatale e post-neonatale di circa 1,5 volte superiore tra i figli di madri immigrate rispetto ai figli di cittadine italiane, anche dopo aver corretto per le caratteristiche socioeconomiche, benché questo divario sembri essersi ridotto nel tempo. Questi divari riguardavano in particolare gli immigrati provenienti dal Nord Africa e dall'Africa sub-sahariana, oltre a quelli che vivevano in Italia da più di cinque anni (14).

Disuguaglianze nei fattori dello stile di vita che influenzano la salute: stato e tendenze

RIASSUNTO

I divari radicati nei comportamenti di vita che hanno un impatto sullo stato di salute tra coloro che un titolo di studio più e meno alto mostrano che c'è un potenziale significativo di migliorare l'equità aiutando le persone a condurre una vita più sana.

Gli uomini in età lavorativa e le donne con un titolo di studio inferiore hanno entrambi una probabilità significativa di essere in sovrappeso, e le disuguaglianze stanno aumentando tra le donne più istruite e quelle meno istruite in termini di sovrappeso. Il divario tra le donne più e meno attive è più ampio che per gli uomini in tutte le fasi della vita, e per le donne esiste un gradiente per livello di istruzione che sembra essere incorporato dall'infanzia.

Gli uomini e le donne con un titolo di studio più basso hanno più probabilità degli altri gruppi di fumare, e i livelli di tabagismo sono rimasti statici in questo gruppo durante il periodo dello studio. Le donne con la sola istruzione obbligatoria hanno fumato durante la gravidanza sei volte di più rispetto alle donne con istruzione universitaria. Tuttavia gli uomini e le donne con un'istruzione universitaria sono più propensi ad assumere comportamenti rischiosi relativi al consumo di alcol, e le donne con istruzione universitaria hanno consumato alcol almeno 1-2 volte al mese durante la gravidanza rispetto alle donne provviste della sola istruzione obbligatoria.

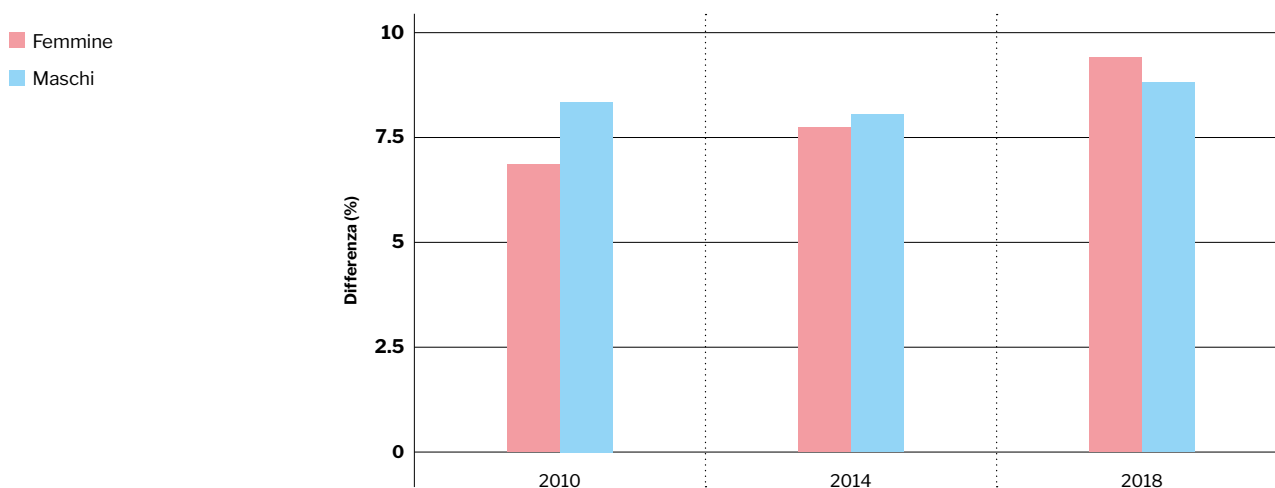
I divari nel sovrappeso o nell'obesità sono più ampi per le donne e sono aumentati nel tempo, suggerendo che le misure per ridurre i livelli di sovrappeso o obesità non stanno coinvolgendo le donne

- Le disuguaglianze nel sovrappeso e nell'obesità sono evidenti fin dall'età scolare, e il divario nell'incidenza del sovrappeso e dell'obesità tra le ragazze delle famiglie più e meno abbienti si sta ampliando (Fig. 1.10).²
- Parimenti, i divari nella diffusione del sovrappeso o dell'obesità tra le donne con meno e più anni di istruzione si stanno ampliando (17).
- Le donne e gli uomini in età lavorativa con la sola scuola dell'obbligo hanno una probabilità significativamente maggiore di essere in sovrappeso o obesi rispetto a quelli con più anni di istruzione. Più di 5 uomini su 10 e quasi 4 donne su 10 in età lavorativa sono in sovrappeso o obesi e questa tendenza è aumentata nel tempo (18).

² Analisi originale per l'HESR italiano basata sui dati dal 2010 al 2018 del dataset italiano Health Behaviour in School-aged Children (HBSC).

- Queste tendenze recenti possono essere parzialmente spiegate da prove che mostrano un cambiamento nelle abitudini di consumo alimentare dopo la crisi finanziaria del 2008, legata a fattori economici. Le famiglie in cui il capofamiglia ha meno anni di istruzione e quelle che subiscono perdite di reddito tendevano a seguire modelli di consumo caratterizzati da una bassa spesa alimentare, consistente in alimenti più calorici come pane, pasta e cereali consumati a casa. Al contrario, le famiglie più avvantaggiate tendevano a seguire modelli di consumo con un approccio dietetico più equilibrato, livelli di spesa più elevati e un consumo più frequente fuori casa (19,20).

Fig. 1.10. Differenza nella percentuale di adolescenti (di 11, 13 e 15 anni) che sono in sovrappeso o obesi, confrontando gli adolescenti di famiglie disagiate con quelli di famiglie benestanti



Nota. La scala di agiatezza familiare (Family Affluence Scale) è un indicatore composito della ricchezza di una famiglia. Si basa su una serie di domande volte a discernere le condizioni materiali del nucleo familiare in cui vive una famiglia, che riguardano tra l'altro il possesso dell'auto, l'occupazione delle camere da letto, le vacanze e i computer domestici.

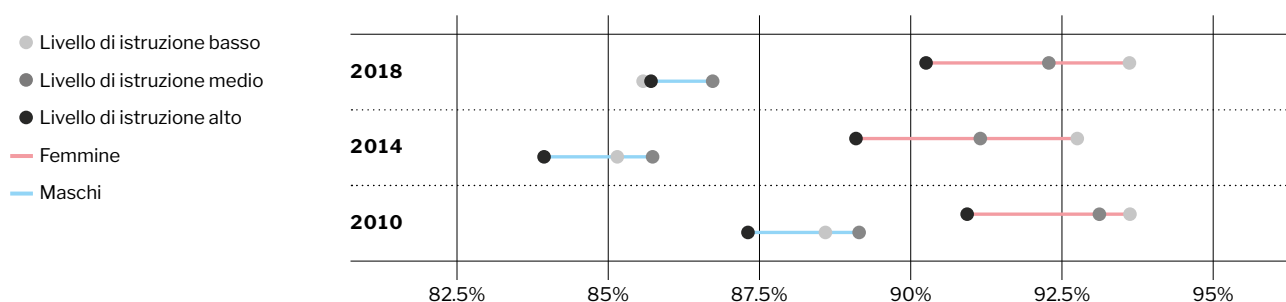
Fonte: analisi originale per l'HESR italiano basata sui dati dal 2010 al 2018 del dataset HBSC italiano.

I divari nell'attività fisica sono aumentati, in particolare per le ragazze e le donne, suggerendo un interesse potenziale a introdurre programmi che incoraggino l'attività fisica mirata specificamente alle donne

- Il divario tra le donne più e meno attive è maggiore in tutte le fasi della vita rispetto agli uomini. Per esempio, tra le ragazze adolescenti (di 11, 13 e 15 anni), nelle tre ultime edizioni dello studio HBSC, si osserva un chiaro gradiente per livello di istruzione familiare, con le ragazze i cui genitori hanno un titolo di studio basso che mostrano livelli più alti di comportamento sedentario (Fig. 1.11).

- Il divario nei livelli di esercizio fisico tra coloro che hanno un livello di istruzione più alto e più basso è presente nei bambini (8-9 anni) e negli adulti (18-64 anni) di entrambi i sessi, ma si osserva una riduzione statisticamente significativa del divario sia per gli uomini che per le donne di età superiore ai 65 anni, negli anni per i quali i dati erano disponibili (2016-2019).
- Una proporzione maggiore di ragazze e ragazzi provenienti da famiglie con il più basso livello di ricchezza ha guardato la televisione o usato dispositivi elettronici per più di due ore al giorno, mentre quelli provenienti da famiglie più ricche hanno meno probabilità di farlo.

Fig. 1.11. Percentuale di adolescenti (di 11, 13 e 15 anni) che non praticano 60 minuti al giorno di attività fisica, per livello di istruzione dei genitori



Fonte: analisi originale per l'HESR italiano basata sui dati dal 2010 al 2018 del dataset HBSC italiano.

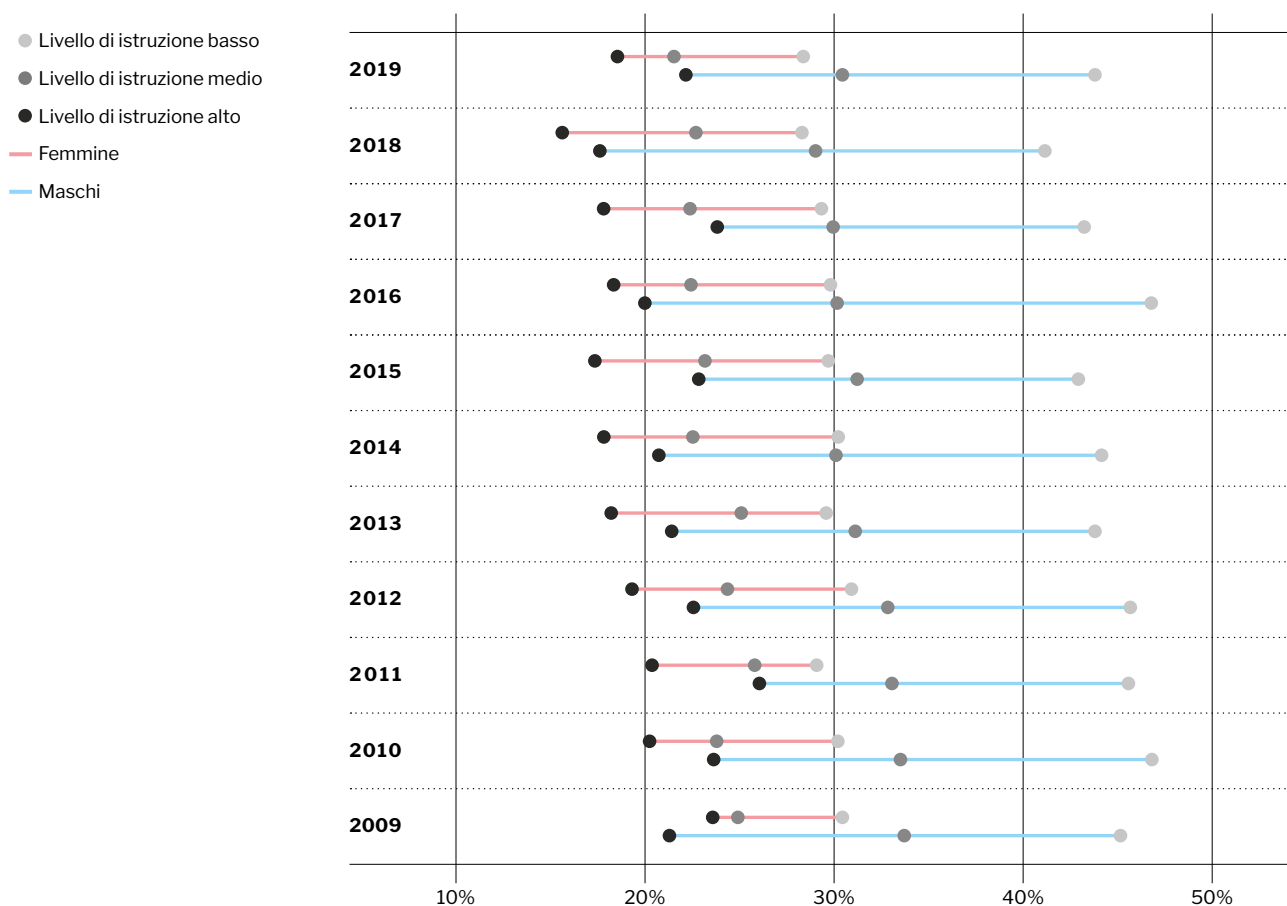
Dai comportamenti a rischio come il fumo e il consumo azzardato di alcol emerge un'immagine contrastante, con comportamenti molto diversi in materia di tabagismo e consumo di alcol

- L'incidenza del tabagismo è più alta negli uomini in età lavorativa che nelle donne, ed è più alta sia nelle donne che negli uomini con la sola scuola dell'obbligo rispetto alle persone che hanno conseguito più anni di istruzione. I livelli di tabagismo negli adulti in età lavorativa sono rimasti relativamente statici tra il 2009 e il 2019 (Fig. 1.12).
- Tra le persone di 65 anni e oltre, la prevalenza del tabagismo è complessivamente più bassa, ma le donne con istruzione universitaria e gli uomini con un livello di istruzione medio sono i più numerosi a fumare in questa fascia di età.
- Le donne in età lavorativa con istruzione universitaria (di età compresa tra i 18 e i 64 anni) hanno maggiori probabilità di essere consumatrici di alcol a rischio rispetto alle donne con meno anni di istruzione. Questo è risultato vero anche per gli uomini in età lavorativa con istruzione universitaria nel 2019, ma il modello era

meno consolidato nel periodo 2012-2015, quando gli uomini in età lavorativa con i più alti livelli di consumo di alcol a rischio erano quelli con la sola istruzione obbligatoria.

- Tra le persone di 65 anni e più c'era una maggiore diffusione di consumo di alcol ad alto rischio tra le donne e gli uomini con un'istruzione universitaria, e gli adolescenti di entrambi i sessi provenienti dalle famiglie più agiate erano più propensi a riferire di aver preso una sbornia almeno una volta nei 12 mesi precedenti, mentre quelli appartenenti alle famiglie meno abbienti erano meno propensi a farlo.

Fig. 1.12. Percentuale di adulti (età 18-64 anni; aggiustata per l'età) che sono fumatori, per livello di istruzione



Fonte: elaborazione degli autori sulla base dei dati raccolti dal PASSI (17).

ANALISI: PER LE DONNE UN QUADRO PIÙ FOSCO IN MOLTEPLICI AREE

Diversi indicatori di salute e stile di vita mostrano un quadro peggiore per le donne in Italia rispetto alla popolazione in generale. Il quadro è particolarmente preoccupante per quanto riguarda le donne più svantaggiate. Per esempio, dal 2013, c'è stato un aumento statisticamente significativo del divario tra le donne in età lavorativa con il più alto e il più basso livello di istruzione che riferiscono di avere una o più malattie croniche, ma questo non si verifica per gli uomini in età lavorativa.

Il divario tra le donne più benestanti e quelle meno abbienti in termini di sovrappeso è più ampio che per gli uomini e continua ad aumentare. Le donne hanno meno probabilità di praticare attività fisica rispetto agli uomini in tutte le fasi della vita, e una percentuale maggiore di donne ha riferito di avere sintomi di depressione in tutti i livelli di istruzione nel periodo 2009-2019.

2. Le condizioni essenziali necessarie per l'equità nella salute

PRINCIPALI CONCLUSIONI

Le disparità in materia di qualità e accesso ai servizi sanitari rappresentano il 9% del contributo totale delle cinque condizioni al divario di salute tra i gruppi di reddito superiore e inferiore. Nel 2018 le donne e gli uomini di età compresa tra i 25 e i 64 anni con la sola istruzione obbligatoria hanno riferito di avere un bisogno insoddisfatto sette volte di più rispetto a coloro che avevano un'istruzione di livello universitario. Il bisogno insoddisfatto è stato più alto per le donne in ogni anno studiato fino al 2017, quando i tassi di bisogno insoddisfatto degli uomini nei gruppi di reddito superiore e inferiore hanno superato quelli delle donne.

Le disparità nella capacità di arrivare a fine mese a causa del reddito insicuro e delle condizioni di protezione sociale rappresentano il 43% del contributo totale delle cinque condizioni al divario di salute. La disuguaglianza di reddito è aumentata tra il 2008 e il 2019 ed è rimasta a livelli più alti di prima della crisi finanziaria del 2008. Anche il divario tra la percentuale di donne con la sola istruzione obbligatoria e la percentuale di donne con istruzione universitaria che sono soggetti alla povertà lavorativa è aumentato nel periodo studiato. Nel 2018, il triplo delle donne e degli uomini con la sola istruzione obbligatoria ha vissuto la povertà lavorativa rispetto alle persone con istruzione universitaria.

Le disparità nelle condizioni di vita rappresentano il 22% del contributo totale delle cinque condizioni al divario di salute. I divari nell'insicurezza alimentare e del riscaldamento sono aumentati e persistono sia per gli uomini che per le donne dopo la grande recessione – questi costituiscono rispettivamente il 28% e il 16% della parte del divario di salute attribuito alle condizioni di vita. Questo può aver portato a comportamenti di consumo alimentare dannosi tra le famiglie svantaggiate, con una sproporzionata dipendenza da cibi a basso costo e ad alta densità calorica, influenzati dal marketing e dal merchandising dei prodotti commercializzati dalle aziende operanti nel settore alimentare.

Le disparità nel capitale sociale e umano rappresentano il 15% del contributo totale delle cinque condizioni al divario di salute. La mancanza di fiducia contribuisce al 43% di questa parte del divario attribuito al capitale sociale e umano. Nel 2013, i giovani (di età compresa tra i 16 e i 24 anni) avevano i livelli più alti di scarsa fiducia, ma dal 2014 in poi, le persone di età superiore ai 65 anni sono state le più propense a segnalare alti livelli di scarsa fiducia. In Italia, la scarsa fiducia è diffusa in tutti i livelli di istruzione, ma più adulti in età lavorativa con solo la scuola dell'obbligo ritengono che la maggior parte delle persone non sia degna di fiducia rispetto a quelli con più anni di istruzione. Questa mancanza di fiducia è aumentata tra gli adulti con solo la scuola dell'obbligo tra il 2013 e il 2018, ma non tra quelli con più anni di istruzione.

Le disparità nell'occupazione e nelle condizioni di lavoro rappresentano l'11% del contributo totale delle cinque condizioni al divario di salute. Gli uomini con la sola istruzione obbligatoria risultano disoccupati in numero doppio rispetto agli uomini con un'istruzione universitaria. Anche se la disoccupazione giovanile è diminuita sia per gli uomini che per le donne tra il 2014 e il 2019, i tassi di occupazione temporanea tra i giovani sono aumentati nello stesso periodo, dal 62% al 67% per le donne e dal 54% al 57% per gli uomini. Il lavoro precario può avere conseguenze negative sulla salute, la società e l'economia, oltre ad avere un impatto enorme tra le persone vulnerabili sul rischio di subire uno stress economico, psicologico e fisico, e di soffrire d'ansia.

Nota esplicativa sulla metodologia

Le cinque condizioni essenziali identificate nell'HESRi che hanno un impatto sull'equità in salute e che sono necessarie alle persone per vivere una vita sana e prospera sono i servizi sanitari, la sicurezza del reddito e la protezione sociale, le condizioni di vita, il capitale sociale e umano, l'occupazione e le condizioni di lavoro. Le insicurezze in ciascuna di queste aree contribuiscono alle cause sottostanti alle disuguaglianze di salute (Fig. 2.1).

Fig. 2.1. Le cinque condizioni essenziali che hanno un impatto sull'equità in salute



Fonte: elaborazione degli autori basata sull'HESR europeo (3).

- Le cinque condizioni essenziali possono essere definite come segue.
 - La categoria “servizi sanitari” comprende indicatori e interventi relativi alla disponibilità, accessibilità, economicità e qualità della prevenzione, del trattamento e dei servizi e programmi sanitari.
 - La categoria “sicurezza del reddito e protezione sociale” comprende indicatori e interventi relativi alla sicurezza del reddito di base e alla riduzione dei rischi e delle conseguenze della povertà sulla salute nel corso della vita.
 - La categoria “condizioni di vita” include indicatori e interventi relativi a opportunità differenziali, accesso ed esposizione a condizioni ambientali e di vita che hanno un impatto sulla salute e sul benessere.
 - La categoria “capitale sociale e umano” comprende indicatori e interventi relativi al capitale umano per la salute attraverso l’istruzione, l’apprendimento e l’alfabetizzazione, e relativi al capitale sociale di individui e comunità in modalità che proteggono e promuovono la salute e il benessere.
 - La categoria “occupazione e condizioni di lavoro” si riferisce agli indicatori e agli interventi relativi all’impatto del lavoro sulla salute, compresa la disponibilità, l’accessibilità, la sicurezza, i salari, le sollecitazioni fisiche e mentali e i rischi associati al lavoro.
- Laddove si osservano relazioni statistiche tra gli indicatori in queste aree e i divari nella salute, ciò indica che si tratta di questioni che dovrebbero essere prioritarie in termini di definizione delle politiche.

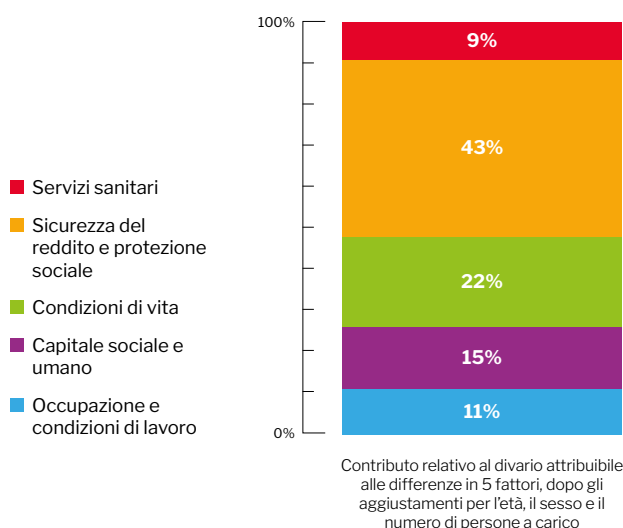
Comprendere la metodologia di analisi della scomposizione

- L’analisi di scomposizione utilizza una tecnica di regressione econometrica, che mira a spiegare statisticamente le differenze negli indicatori di salute osservate tra i diversi gruppi socioeconomici nella sezione 1 da un insieme di fattori contributivi che differiscono sistematicamente tra questi gruppi (i cinque determinanti, come già menzionato).
- L’analisi permette di comprendere le condizioni multisetoriali all’origine delle disuguaglianze in materia di salute anche in presenza di sistemi sanitari efficaci. Per esempio, le differenze nella salute possono essere legate a differenze nelle condizioni abitative e/o lavorative, oltre che a differenze nella qualità dell’assistenza sanitaria. Anche se i Paesi sono in grado di ridurre le disuguaglianze in relazione ad un fattore, alcune disuguaglianze possono ancora sussistere in altri, sottolineando l’importanza di adottare un approccio multisetoriale per contrastare le disuguaglianze in materia di salute.

I contributi delle cinque condizioni alle disuguaglianze in Italia

- La Fig. 2.2 mostra la misura in cui le disparità in ciascuna delle cinque condizioni sono associate al divario nello stato di salute tra il 40% della popolazione più ricca e più povera in Italia. Questi risultati si basano sull'analisi di scomposizione dei dati EQLS nel periodo 2003-2016.
- Il grafico mostra che per la popolazione italiana, tra le cinque condizioni, le differenze nella sicurezza del reddito e nella protezione sociale sono maggiormente associate alla disuguaglianza nella salute auto-riferita. Queste differenze rappresentano poco meno della metà del contributo totale delle cinque condizioni al divario tra il gruppo di popolazione più ricco e quello più povero.
- Nel complesso, quando si scompone il divario nello stato di salute tra il 40% della popolazione più ricca e quella più povera in Italia, l'importanza dei contributi relativi di ciascun determinante è sostanzialmente simile al quadro dell'Europa nel suo complesso. Per esempio, nello stesso periodo, un'analisi dell'impatto delle cinque condizioni per un aggregato di 35 Paesi europei ha rilevato che la sicurezza del reddito e la protezione sociale rappresentavano il 39% della differenza tra il 40% della popolazione più ricca e quella più povera in quei Paesi.

Fig. 2.2. Scomposizione dell'impatto delle cinque condizioni essenziali sul divario dello stato di salute tra il 40% della popolazione più ricca e più povera in Italia

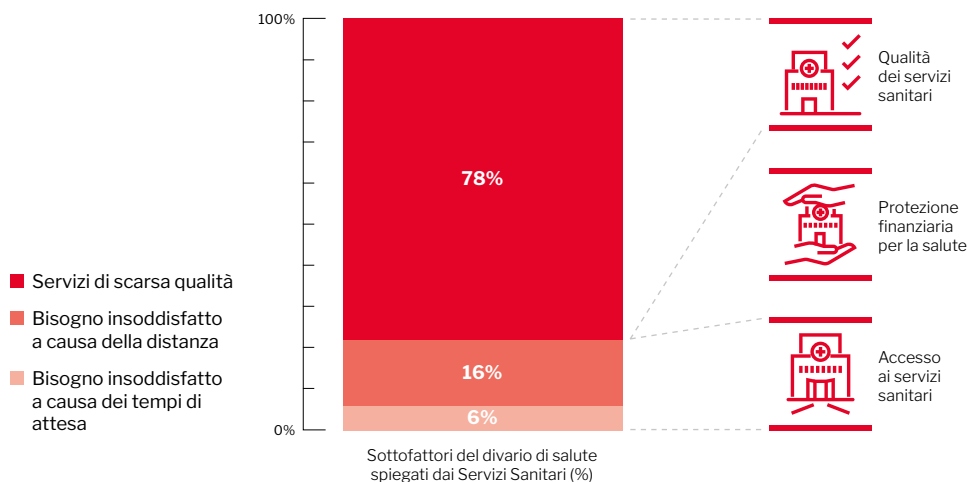


Fonte: analisi di scomposizione utilizzando i dati del campione italiano Eurofound EQLS 2003-2016.

Scomposizione del divario di salute: i servizi sanitari

- L'analisi di scomposizione mostra che le disparità nella qualità e nell'accesso ai servizi sanitari rappresentano il 9% del contributo totale delle cinque condizioni al divario di salute tra i gruppi di reddito superiore e inferiore.
- La parte del divario di salute attribuita alle disuguaglianze nei servizi sanitari può essere scomposta di un livello ulteriore nei sottofattori che la costituiscono (Fig. 2.3). Questo ulteriore livello di analisi mostra che, per l'Italia, questi sottofattori riguardano la qualità dei servizi e i bisogni insoddisfatti dovuti a problemi di accesso ai servizi.
- Le differenze nella qualità dei servizi di assistenza sanitaria rappresentano il 78% della parte del divario di salute attribuito ai servizi sanitari, se si confrontano i gruppi di reddito superiore e inferiore.
- La qualità dei servizi di assistenza sanitaria ha un impatto sull'equità perché i risultati in materia di salute migliorano con un'assistenza di qualità migliore (21) e quindi una fornitura equa di assistenza di buona qualità riduce i divari nei risultati in materia di salute. Le disparità nella qualità dei servizi sanitari possono derivare da differenze tra i fornitori che si rivolgono a quartieri a basso o alto reddito, con conseguenti disuguaglianze geografiche.
- Allo stesso modo, le disparità nella qualità dell'assistenza sanitaria si trovano anche tra fornitori privati e pubblici, e possono essere influenzate dalle condizioni di lavoro difficili e dalla carenza di operatori sanitari che rispecchiano le disuguaglianze geografiche nello status socioeconomico e nei risultati in materia di salute. Migliorare le condizioni di lavoro nelle strutture sanitarie può essere utile per promuovere una cultura della salute e sostenere le economie delle comunità locali.

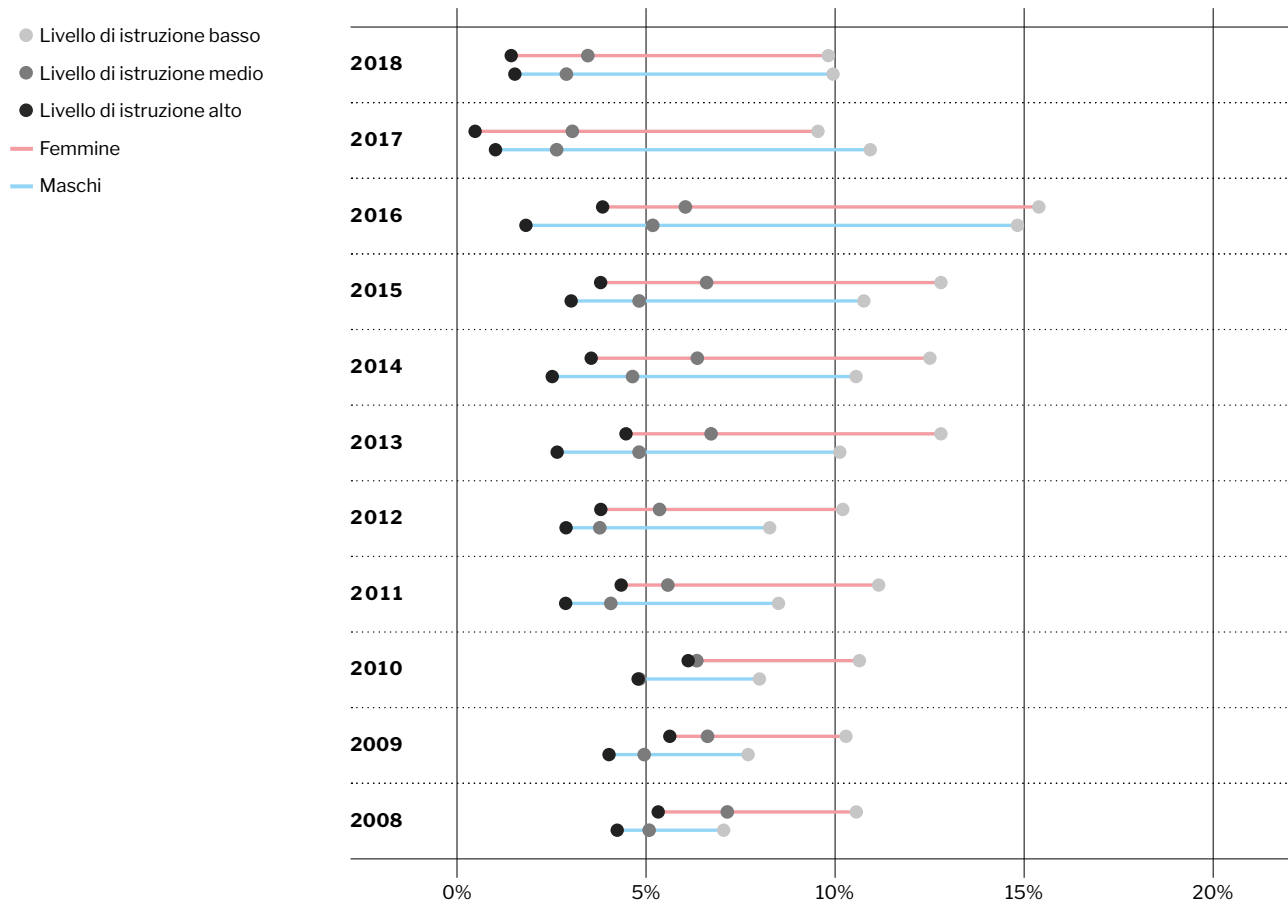
Fig. 2.3. Scomposizione del sottofattore servizi sanitari



Fonte: analisi di scomposizione utilizzando i dati del campione italiano Eurofound EQLS 2003-2016.

- Le evidenze esistenti indicano un alto grado di variazione regionale nella qualità dell'assistenza sanitaria in Italia, che riflette le differenze nei livelli regionali di reddito e di attività economica (22). I risultati dell'analisi di scomposizione mostrano che questa variazione nella qualità dell'assistenza sanitaria in Italia si traduce in disuguaglianza nello stato di salute.
- Il bisogno insoddisfatto dovuto a problemi di accesso ai servizi rappresenta il restante 22% della parte del divario di salute attribuito ai servizi sanitari. Di questa percentuale, il 16% è legato ai lunghi tempi di viaggio o alla distanza da percorrere per accedere ai servizi, mentre il 6% è legato ai lunghi tempi di attesa.
- Le disparità nel bisogno insoddisfatto di assistenza sanitaria hanno un impatto sull'equità perché il rischio di rinunciare alle cure necessarie differisce a seconda delle caratteristiche socioeconomiche. Per esempio, la Fig. 2.4 mostra che il bisogno insoddisfatto di assistenza sanitaria è più frequente tra le donne e gli uomini italiani con meno anni di istruzione.
- Il bisogno insoddisfatto può derivare da diverse barriere all'accesso ai servizi sanitari, compresi i costi proibitivi, i tempi di attesa, i tempi di viaggio o la distanza, e le responsabilità lavorative o di cura. In Italia, i tassi di bisogno insoddisfatto a causa dei lunghi tempi di attesa, delle distanze o dei problemi di trasporto sono diseguali in particolar modo tra i diversi gruppi di reddito (23). L'analisi di scomposizione mostra che le disparità nel bisogno insoddisfatto dovuto a queste barriere sono effettivamente associate alle disuguaglianze nello stato di salute.

Fig. 2.4. Percentuale di adulti (di età compresa tra i 25 e i 64 anni) che riferiscono di avere dei bisogni insoddisfatti di assistenza sanitaria, per livello di istruzione



Fonte: elaborazione degli autori sulla base dei dati dell'indagine italiana EU-SILC (15).

- Le disparità nei bisogni insoddisfatti dovute al costo non appaiono come un sottofattore statisticamente significativo nella porzione del divario di salute attribuito ai servizi sanitari. Da ciò si può dedurre che non esiste un forte legame tra le differenze nei bisogni insoddisfatti dovuti ai costi e le disuguaglianze nello stato di salute della popolazione italiana.
- L'assenza di questo legame è rimarchevole. Il Servizio Sanitario Nazionale è finanziato dalla fiscalità generale ed è per lo più gratuito al punto di utilizzo, garantendo l'accesso universale alle cure ospedaliere a tutti i residenti in tutto il Paese, indipendentemente dal reddito. Un'interpretazione convincente è che questa protezione finanziaria contro i costi relativi alla salute integrata nel sistema sanitario italiano riesce a offrire una protezione contro i bisogni insoddisfatti e la scarsa salute legata al basso reddito.

Tendenze: i servizi sanitari

Porre in evidenza le tendenze chiave in questi sottofattori e i relativi indicatori può fornire ulteriori informazioni su aree suscettibili di un'azione politica efficace, data la provata associazione con le disuguaglianze in materia di salute determinata attraverso l'analisi di scomposizione.

Le crescenti disparità tra i gruppi socioeconomici in relazione ai bisogni insoddisfatti di assistenza sanitaria evidenziano le opportunità di azione per ridurre i divari nella fornitura dei servizi

- Il divario nei bisogni insoddisfatti in materia di assistenza sanitaria tra gli adulti che hanno frequentato solo la scuola dell'obbligo e quelli con istruzione universitaria è aumentato significativamente tra il 2008 e il 2018 per gli adulti di età compresa tra 25 e 64 anni (Fig. 2.4). Nel 2008 il numero delle donne e degli uomini con la sola istruzione obbligatoria che hanno riferito avere un bisogno insoddisfatto di assistenza sanitaria era doppio rispetto a quello delle persone con istruzione universitaria. Nel 2018 questo numero era sette volte più elevato.
- Si osserva una tendenza simile all'allargamento del divario per gli adulti di età superiore ai 65 anni, ma i livelli di bisogni non soddisfatti sono più bassi in questo gruppo di età. Uno studio del PASSI ha rilevato che durante la pandemia, il 44% degli adulti di età superiore ai 65 anni ha riferito di aver saltato una visita medica nei 12 mesi precedenti (28% a causa della sospensione dei servizi e 16% per paura del contagio) (24).
- I bisogni insoddisfatti sono generalmente diminuiti per gli adulti con più anni di istruzione, ma non per quelli con la sola istruzione obbligatoria, mentre per gli uomini con la sola istruzione obbligatoria sono aumentati. L'analisi per reddito mostra la stessa tendenza, ma il divario nei bisogni insoddisfatti tra il 20% degli adulti con il reddito più alto e quello più basso è ancora più ampio; nel 2018, il numero di donne e uomini nel 20% della popolazione con il reddito più basso che hanno riferito avere bisogni insoddisfatti era più alto rispettivamente di 16 e 11 volte.

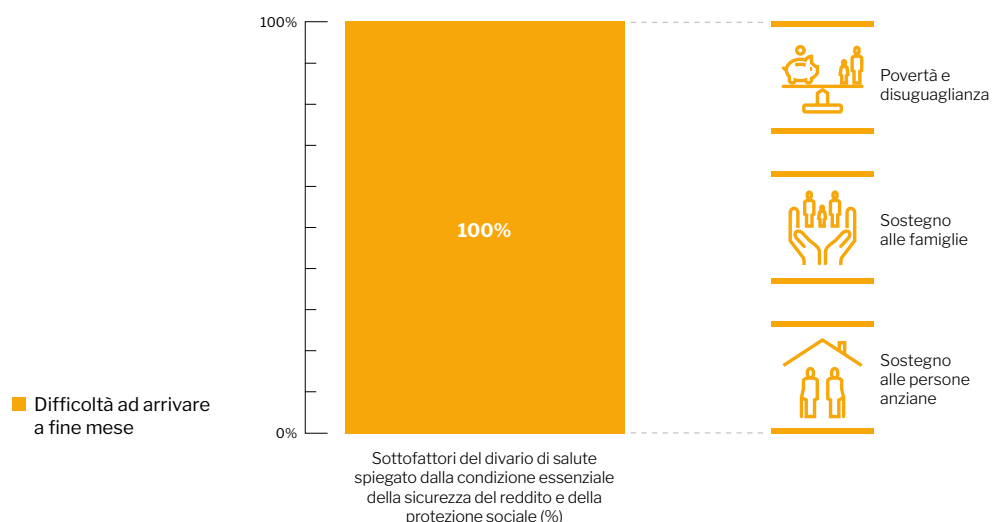
Il ricorso allo screening è in aumento

- Il ricorso allo screening del cancro al colon retto tra gli adulti di età compresa tra 50 e 69 anni è aumentato complessivamente tra il 2010 e il 2019, ma sia nel 2010 che nel 2019 una percentuale maggiore di uomini a tutti i livelli di istruzione ha avuto accesso a questi servizi di screening. Sia per lo screening del cancro al seno che per quello del cancro al collo dell'utero, la percentuale di donne idonee ad accedere ai servizi è aumentata complessivamente tra il 2010 e il 2019.

Scomposizione del divario di salute: la sicurezza del reddito e la protezione sociale

- L'analisi di scomposizione indica che le disparità nella sicurezza del reddito e nella protezione sociale rappresentano il 43% del contributo totale delle cinque condizioni al divario di salute tra i gruppi di reddito superiore e inferiore.
- La sicurezza del reddito e la protezione sociale sono misurate secondo un'unica componente in questa analisi: il grado di difficoltà ad arrivare alla fine del mese. Questo indicatore rende conto dell'insicurezza finanziaria indipendentemente dal fatto che la sua origine sia un reddito da lavoro insufficiente o una protezione sociale inadeguata.
- I risultati dell'analisi mostrano che le disparità nell'insicurezza del reddito e nella protezione sociale in Italia si traducono in disparità nello stato di salute. Tutti i membri della società hanno bisogno di un livello base di sicurezza del reddito e di protezione sociale per evitare le nefaste conseguenze sociali e sulla salute della povertà lungo tutto il corso della vita. Garantire ciò significa fare opera di prevenzione e protezione dalla povertà e dalle disuguaglianze di reddito, fornire sostegno alle famiglie – soprattutto nelle prime fasi dello sviluppo dei bambini – e sostenere gli anziani per garantire la sicurezza finanziaria in età avanzata (Fig. 2.5).

Fig. 2.5. Scomposizione del sottofattore sicurezza del reddito e protezione sociale



Fonte: analisi di scomposizione utilizzando i dati del campione italiano Eurofound EQLS 2003-2016.

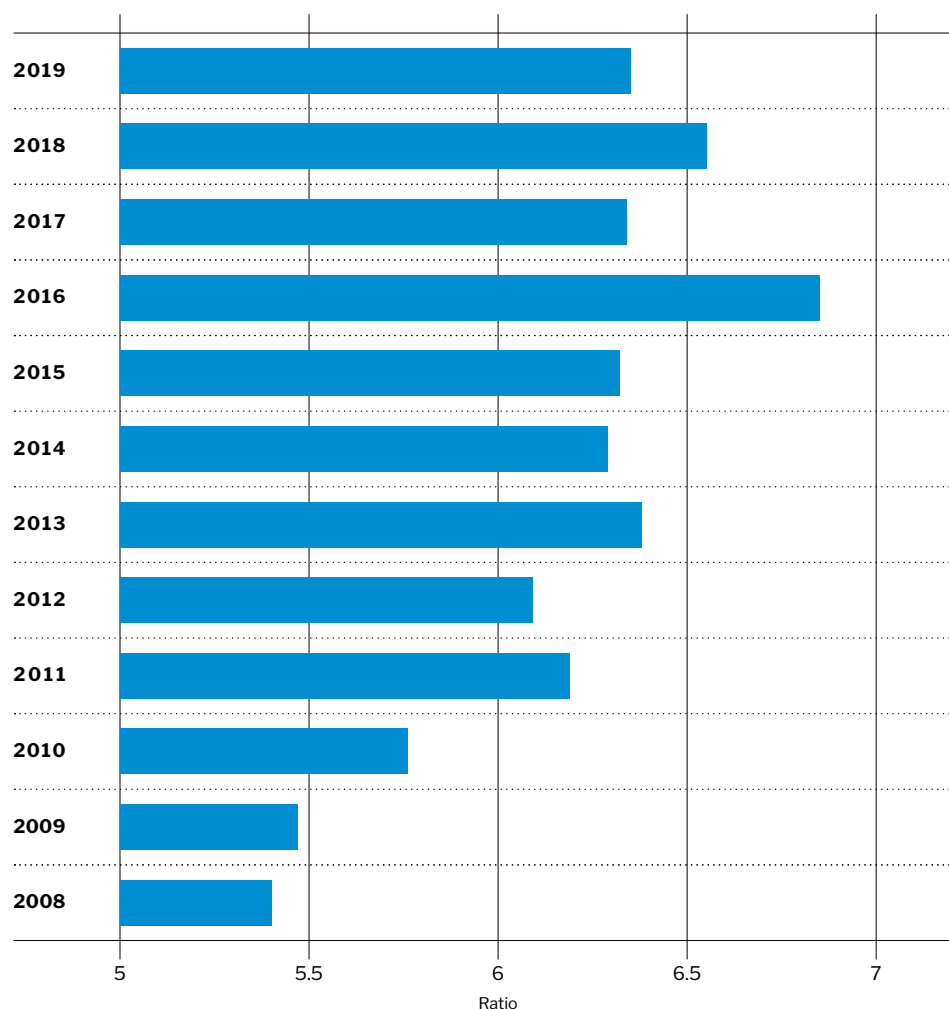
Tendenze: la sicurezza del reddito e la protezione sociale

Mettere in evidenza le principali tendenze in materia di disuguaglianza e di insicurezza di reddito può fornire ulteriori informazioni su aree suscettibili di un'azione politica efficace, data la provata associazione con le disuguaglianze di salute determinata attraverso l'analisi di scomposizione.

La crescente disuguaglianza di reddito indica che è il momento d'intervenire per ridurre i divari di salute attraverso una più equa distribuzione del reddito

- La disuguaglianza di reddito si è ampliata tra il 2008 e il 2019, come misurato dal coefficiente di Gini della disuguaglianza di reddito e dal rapporto tra le quote dei quintili di reddito S80/S20 (Fig. 2.6) (15), ed è rimasta a livelli più alti di prima della crisi finanziaria del 2008. Nel 2019, le donne e gli uomini nel quintile di reddito più alto della popolazione guadagnavano oltre sei volte di più delle loro controparti nel quintile di reddito più basso. Nel 2008 questa cifra era poco più di cinque volte tanto.
- La pandemia COVID-19 può aver avuto l'effetto di accentuare questa disuguaglianza di reddito. Secondo lo studio PASSI COVID-19, il 34% degli adulti ha dichiarato che la propria posizione finanziaria è deteriorata a causa del COVID-19. Per le persone più vulnerabili economicamente, che hanno riferito di avere difficoltà ad arrivare alla fine del mese, questa cifra è del 52%. Coloro che hanno dichiarato non aver alcuna difficoltà ad arrivare a fine mese erano solo il 22% (24).
- In totale, il 35% di coloro che hanno frequentato solo la scuola dell'obbligo ha riportato un peggioramento delle proprie risorse finanziarie a seguito di COVID-19, rispetto a solo il 30% di coloro che hanno un'istruzione universitaria. Per contro, solo il 12% di coloro che hanno più di 65 anni ha riportato un peggioramento della posizione finanziaria.
- Sebbene questa analisi si concentri sull'identificazione e la ricerca di soluzioni per ridurre le disuguaglianze, è ugualmente importante non dimenticare l'obiettivo primario di ridurre i tassi di scarsa salute in generale. Al riguardo, i livelli generali di sicurezza del reddito sono altresì di importanza capitale. In particolare, vista l'elevata dipendenza delle persone in Italia dai prestiti informali di amici e familiari quando si ha bisogno di denaro, l'insicurezza del reddito a causa di arretrati e inadempienze nel pagamento di prestiti informali è alta (25) e c'è scarso sostegno quando le persone hanno problemi di indebitamento (26). Il rafforzamento della protezione sociale aiuta a prevenire l'indebitamento formale e informale delle famiglie, oltre a ridurre il rischio di povertà e le relative conseguenze sanitarie e sociali negative.

Fig. 2.6. Rapporto tra i quintili di reddito S80/S20 per gli adulti (età 18-64 anni)



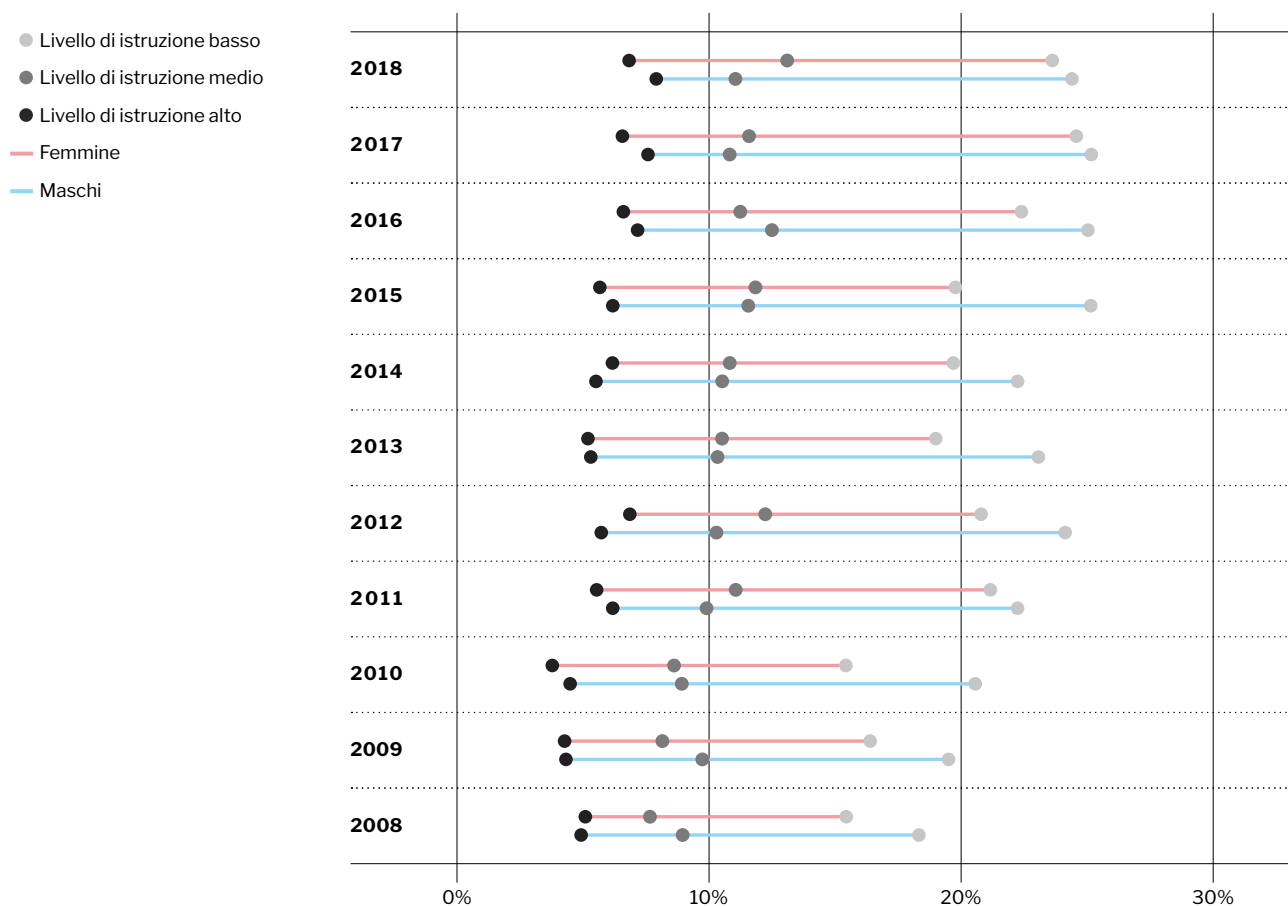
Fonte: elaborazione degli autori sulla base dei dati dell'indagine italiana EU-SILC (15).

L'insicurezza del reddito non deriva necessariamente dal solo fatto di essere senza lavoro; l'aumento della povertà lavorativa indica che ci sono margini per rafforzare le politiche salariali e di protezione sociale

- Il divario tra la percentuale di donne con la sola istruzione obbligatoria e la percentuale di donne con istruzione universitaria che sono soggette alla povertà lavorativa è aumentato nel periodo 2008-2018 (Fig. 2.7). Nel 2018, più del triplo delle donne e degli uomini con la sola istruzione obbligatoria hanno sperimentato la povertà lavorativa rispetto a quelli con istruzione universitaria.
- Se la percentuale di adulti con la sola istruzione obbligatoria che sono soggetti alla povertà lavorativa è aumentata dal 2008 al 2018, la percentuale di quelli con titolo di studio più elevato che hanno conosciuto la povertà lavorativa è ugualmente aumentata.

- L'analisi per macroregioni mostra che i più alti tassi di povertà lavorativa si trovano nel Sud Italia e nell'Italia insulare. Nel corso degli anni, si osserva un divario costante nei tassi di povertà tra le regioni dell'Italia Meridionale/Insulare e del Centro/Nord-Ovest/Nord-Est, di circa il 10% per le donne e il 15% per gli uomini.
- Secondo lo studio PASSI COVID-19, il 28% degli adulti che lavorano sta facendo oggi lo stesso lavoro a fronte di un salario inferiore, a causa della pandemia (24).
- Questa combinazione di tendenze contingenti e a lungo termine conferma la necessità di attuare sia un sostegno al reddito di emergenza a breve termine che politiche salariali, di protezione sociale e di mercato del lavoro a più lungo termine, al fine di ridurre queste disuguaglianze e permettere a tutte le persone che vivono in Italia di soddisfare i loro bisogni fondamentali e di vivere una vita sana (27).

Fig. 2.7. Percentuale di adulti (di età compresa tra i 25 e i 64 anni) che dichiarano di essere in condizione di povertà lavorativa, per livello di istruzione

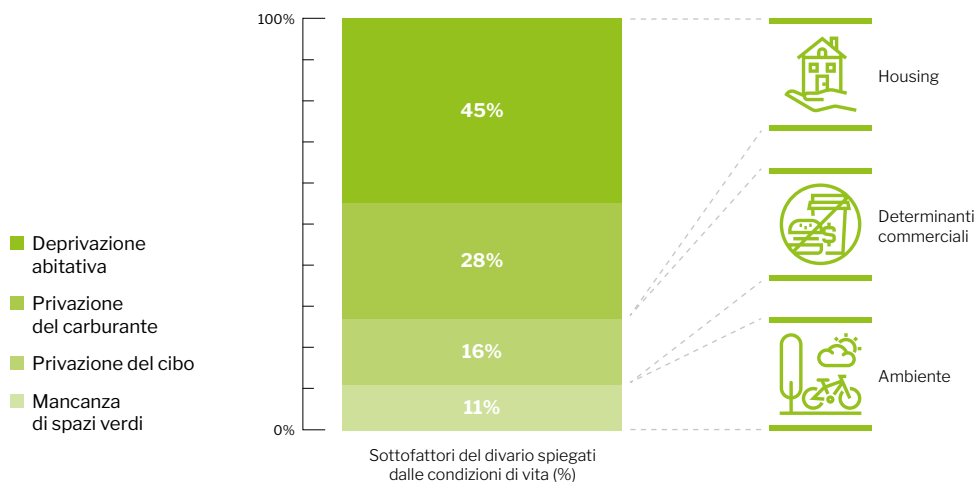


Fonte: elaborazione degli autori sulla base dei dati dell'indagine italiana EU-SILC (15).

Scomposizione del divario di salute: le condizioni di vita

- L'analisi di scomposizione mostra che le disparità nelle condizioni di vita rappresentano il 22% del contributo totale delle cinque condizioni al divario di salute tra i gruppi di reddito superiore e inferiore.
- La parte del divario di salute attribuita alle disuguaglianze nelle condizioni di vita può essere ulteriormente scomposta nei sottofattori che la compongono (Fig. 2.8). Questo ulteriore livello di analisi mostra che, per l'Italia, questi sottofattori riguardano l'accesso ad abitazioni decenti, al cibo e al riscaldamento domestico, e a spazi verdi nel quartiere di residenza.
- Le differenze a livello di deprivazione abitativa rappresentano il 45% della parte del divario di salute attribuito alle condizioni di vita, se si confrontano i gruppi di reddito superiore e inferiore. La deprivazione abitativa include le condizioni di sovraffollamento, la mancanza di un bagno e di servizi igienici interni, e le abitazioni umide o buie. Un altro 28% di questa parte del divario di salute è legato alla privazione del riscaldamento domestico e alle case che non sono riscaldate adeguatamente. Questa cifra non tiene conto del fatto che le case non vengono adeguatamente rinfrescate nella stagione calda, che comporterebbe un impatto supplementare sul divario di salute in ragione degli effetti della calura sulla salute (28).
- Gli alloggi scadenti e la cattiva salute sono legati inestricabilmente. Le persone che vivono in alloggi inaccessibili, di scarsa qualità o insicuri hanno maggiori probabilità di riferire condizioni di scarsa salute e di soffrire di una serie di problemi di salute, quali le malattie fisiche e il disagio mentale. Un alloggio decente procura anche sicurezza, oltre a un senso di appartenenza e di pace.
- Considerando il caso dell'esclusione abitativa estrema, stime recenti contano la presenza in Italia di almeno 50 000 persone senza fissa dimora, di cui la maggior parte è straniera (29).

Fig. 2.8. Scomposizione del sottofattore condizioni di vita



Fonte: analisi di scomposizione utilizzando i dati del campione italiano Eurofound EQLS 2003-2016.

- La maggior parte delle persone in Italia è proprietaria della propria abitazione, un quinto vive in affitto e il 5% in alloggi pubblici o in affitto sociale (30,31). Tra le famiglie del quintile di reddito più povero, tuttavia, più della metà vive in affitto e il 18% in alloggi pubblici o in affitto sociale.
- Garantire un accesso equo a un alloggio economico, di alta qualità e sicuro richiede un approccio integrato, che ad esempio includa: il miglioramento dell'offerta di alloggi sociali di buona qualità sviluppando l'*Edilizia Residenziale Sociale (social housing)*; la messa in campo di incentivi per incoraggiare l'affitto a prezzi accessibili; e il supporto al miglioramento del patrimonio edilizio pubblico e privato attraverso la riqualificazione e la ristrutturazione degli alloggi e il miglioramento dell'efficienza energetica.
- Le disparità in materia di deprivazione alimentare rappresentano un altro 16% della porzione del divario di salute attribuito alle condizioni di vita, se si confrontano i gruppi di reddito superiore e inferiore. La deprivazione alimentare è misurata in questa analisi come incapacità di permettersi un pasto proteico ogni due giorni.
- La deprivazione alimentare non è solo una questione di cibo inadeguato, ma è collegata anche a comportamenti di consumo alimentare dannosi basati su bisogni nutrizionali mal compresi. Le aziende commerciali operanti nel settore alimentare influenzano i comportamenti di consumo alimentare attraverso l'uso di tecniche di marketing e di merchandising in modalità che influenzano i rischi di MNT e la mortalità. Ciò ha un impatto sull'equità in salute perché i condizionamenti commerciali variano in funzione del grado di educazione delle persone sui rischi per la salute legati a diete di

scarsa qualità, e dell'eventualità che la loro situazione economica e l'ambiente sociale incoraggiano o scoraggiano comportamenti di consumo dannosi. Questo fatto è legato alle crescenti disuguaglianze in termini di sovrappeso e obesità osservate tra le donne e le ragazze (vedi Fig. 1.10).

- Le disparità nell'accesso agli spazi verdi rappresentano il restante 11% della parte del divario di salute attribuito alle condizioni di vita, quando si confrontano i gruppi di reddito superiore e inferiore.
- Le differenze nella qualità dell'ambiente locale in cui vivono le persone, compreso l'accesso a spazi verdi, ha un impatto sull'equità in materia di salute perché le famiglie e i quartieri a basso reddito hanno meno probabilità dei quartieri ricchi di avere accesso ad ambienti sicuri e favorevoli alla salute (32).
- Le politiche che plasmano la pianificazione geografica, la costruzione e la gestione degli spazi verdi possono ridurre le disuguaglianze di salute legate all'ambiente locale (33). Spazi pubblici e verdi progettati con cura possono recare numerosi benefici alla salute, per esempio incoraggiando l'attività fisica, migliorando la qualità dell'aria, incoraggiando l'utilizzo dell'ambiente naturale come mezzo di sollievo da stress e ansia, e favorendo il miglioramento della sicurezza e dell'integrazione sociale.

Tendenze: le condizioni di vita

Mettere in evidenza le principali tendenze in materia di condizioni di vita può fornire ulteriori informazioni su aree suscettibili di un'azione politica efficace, data la provata associazione con le disuguaglianze di salute determinata attraverso l'analisi di scomposizione.

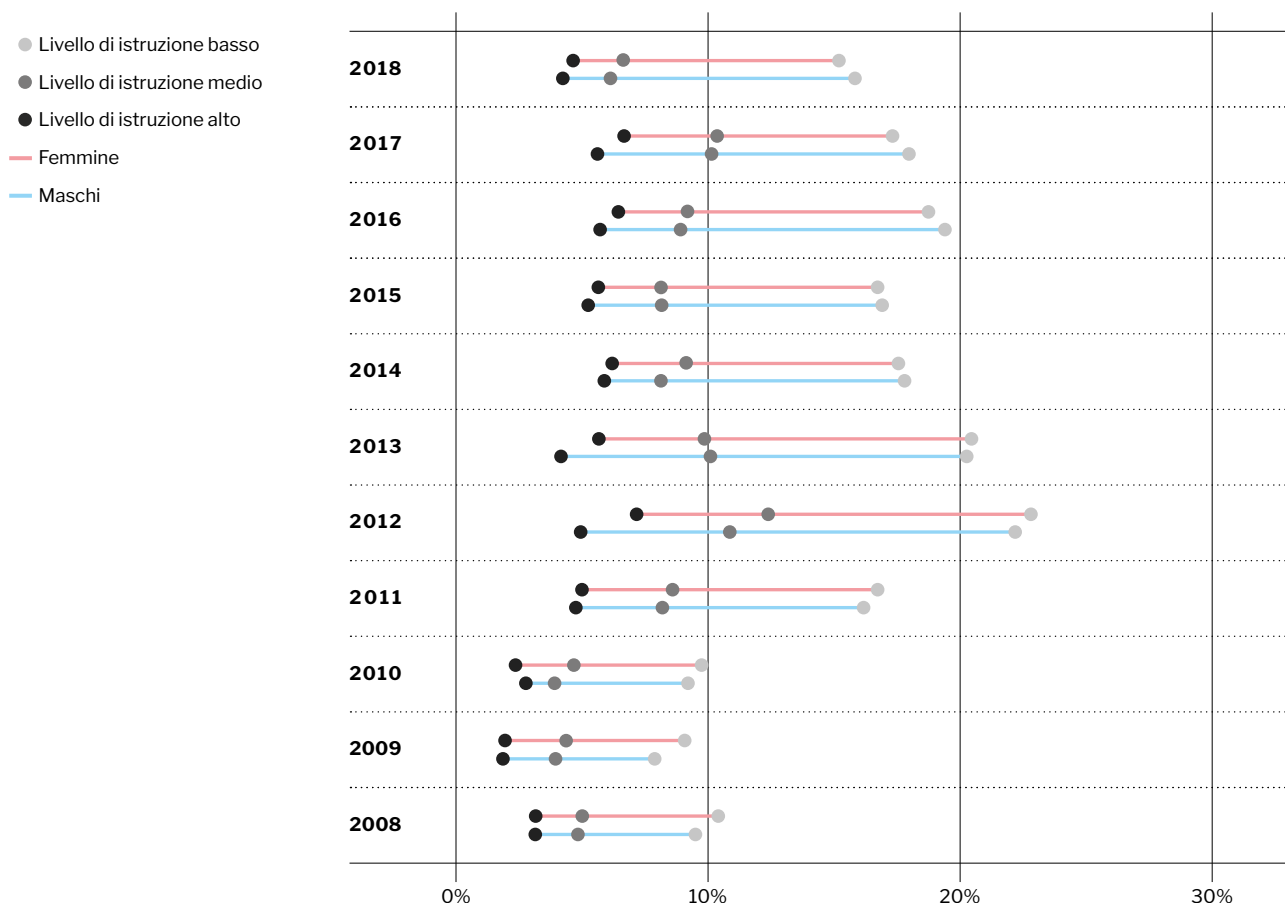
I divari persistenti in materia di insicurezza alimentare indicano l'opportunità di ridurre i divari di salute ampliando e migliorando i programmi italiani di protezione alimentare, come l'erogazione di pasti scolastici

- Nel 2018, il numero di donne e di uomini appartenente alla popolazione col 20% di reddito più basso non in grado di permettersi un pasto proteico ogni due giorni era rispettivamente di sette e nove volte più alta in rapporto alla popolazione appartenente al 20% di reddito più alto. L'insicurezza alimentare è aumentata in tutti i gruppi di reddito dopo il 2009 per poi diminuire di nuovo dopo il 2012 (Fig. 2.9). L'insicurezza in materia di riscaldamento domestico segue una

tendenza simile (Fig. 2.10).

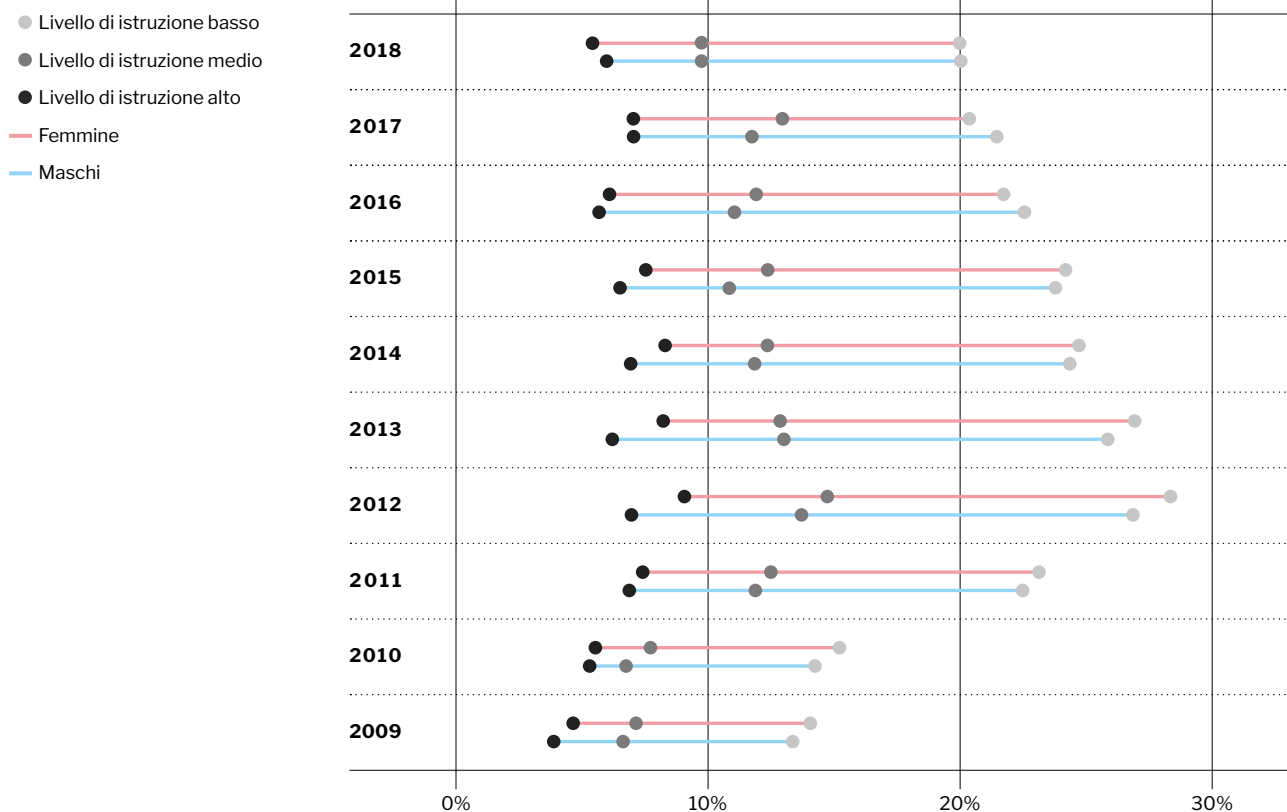
- L'analisi per macroregione mostra che le percentuali più alte di insicurezza alimentare si trovano nell'Italia meridionale e insulare. L'analisi per livello di istruzione mostra che il numero delle donne e degli uomini con la sola scuola dell'obbligo che dichiarano insicurezza alimentare è rispettivamente il triplo e quadruplo in rapporto alle persone con istruzione universitaria (Fig. 2.9).
- Mentre le differenze nella deprivazione abitativa comprendono il più grande sottofattore delle condizioni di vita legate alla disuguaglianza in salute (Fig. 2.11), le tendenze degli indicatori disaggregati mostrano che il divario nella deprivazione abitativa non è aumentato in questo periodo. Tuttavia, è probabile che l'esposizione prolungata alla deprivazione abitativa dovuta ai blocchi dovuti al COVID-19 amplifichi l'impatto negativo di tale condizione sulla salute.

Fig. 2.9. Percentuale di adulti (di età 25-64 anni) che riferiscono la mancanza di un pasto proteico ogni due giorni, per livello di istruzione



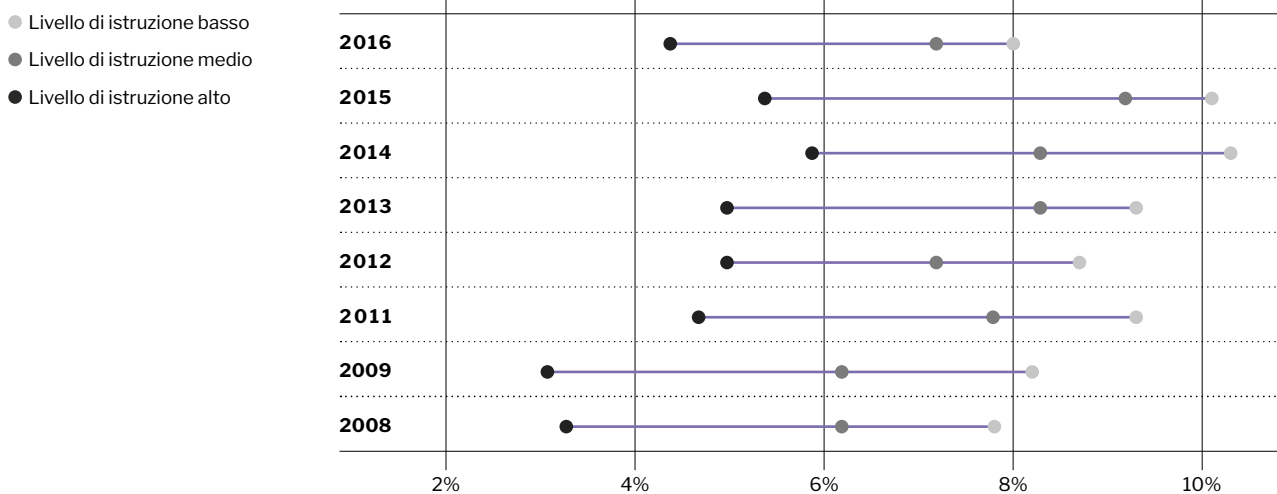
Fonte: elaborazione degli autori sulla base dei dati dell'indagine italiana EU-SILC (15).

Fig. 2.10. Percentuale di adulti (di età compresa tra i 25 e i 64 anni) che non sono in grado di mantenere la propria casa adeguatamente riscaldata, per livello di istruzione



Fonte: elaborazione degli autori sulla base dei dati dell'indagine italiana EU-SILC (15).

Fig. 2.11. Percentuale di adulti (dai 16 anni in su) che vivono in un'abitazione sovraffollata e priva di bagno e servizi igienici interni, oppure umida o troppo buia, per livello di istruzione



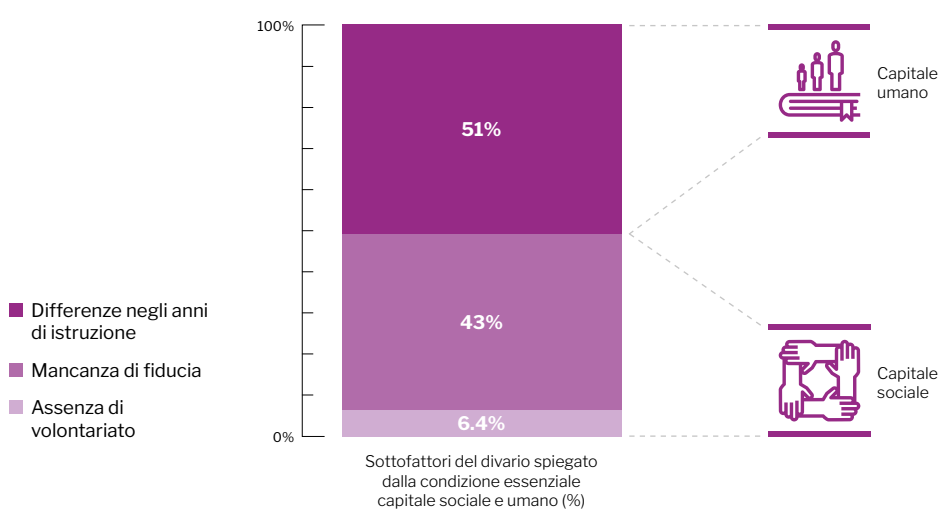
Fonte: elaborazione degli autori sulla base dei dati dell'indagine italiana EU-SILC (15).

Scomposizione del divario di salute: capitale sociale e umano

- L'analisi di scomposizione mostra che le disparità nel capitale sociale e umano rappresentano il 15% del contributo totale delle cinque condizioni al divario di salute.
- La parte del divario di salute attribuita alle disuguaglianze nel capitale sociale e umano può essere ulteriormente scomposta nei sottofattori che la costituiscono (Fig. 2.12). Questi sottofattori si riferiscono alla costruzione del capitale umano attraverso la partecipazione all'istruzione e alla costruzione del capitale sociale attraverso i contatti tra le persone.
- L'istruzione e l'apprendimento lungo tutto il corso della vita (capitale umano) e la promozione del capitale sociale permettono alle persone di rimanere sane, di restare connesse con gli altri e impegnarsi nelle loro comunità, e aiutano a rafforzare la fiducia, il senso di appartenenza, il sentimento di avere voce in capitolo e la capacità di guardare al futuro con speranza.
- Le disparità negli anni di istruzione rappresentano il 51% della parte del divario di salute attribuito al capitale sociale e umano, se si confrontano i gruppi di reddito superiore e inferiore.
- La parità di accesso a un'istruzione di buona qualità fin dalla più tenera età ha un forte impatto sulla riduzione delle disuguaglianze in fatto di opportunità e rischi, che ha ripercussioni sia dirette che indirette sulla salute.
- L'offerta continua di opportunità di istruzione e di apprendimento permanente ha un effetto diretto sulla promozione dell'inclusione sociale ed economica, così come del benessere mentale (34). Essa stimola anche effetti indiretti legati all'aumento dell'alfabetizzazione sanitaria e sociale, come la consapevolezza dei rischi e dei comportamenti in materia di salute, mediando le opportunità della vita con gli effetti degli shock sociali ed economici (35).
- Le disparità nei livelli di fiducia tra le persone rappresentano un ulteriore 43% della parte del divario di salute attribuito al capitale sociale e umano, se si confrontano i gruppi di reddito superiore e inferiore.
- La fiducia tra le persone è un elemento chiave del capitale sociale e un fattore essenziale per sostenere il benessere della società. La fiducia incoraggia un'integrazione comunitaria più efficace, uno sforzo cooperativo verso lo sviluppo della comunità e la resilienza contro i potenziali rischi economici o ambientali per la salute e il benessere (36).

- L'effetto della fiducia sulla promozione della salute può essere particolarmente importante per le comunità con poche risorse, dove il capitale sociale gioca un ruolo più importante del capitale finanziario e umano nel migliorare la resilienza e la sicurezza (37).
- Il restante 6,4% della porzione del divario di salute attribuito al capitale sociale e umano era rappresentato dalle disparità nella partecipazione al volontariato. Il volontariato può agire come un meccanismo per l'inclusione sociale e la solidarietà, e promuove l'equità in salute fornendo opportunità per i contatti sociali, le relazioni, l'apprendimento informale, l'attività fisica e l'impegno civico.

Fig. 2.12. Scomposizione del sottofattore capitale sociale e umano



Fonte: analisi di scomposizione utilizzando i dati del campione italiano Eurofound EQLS 2003-2016.

Tendenze: il capitale sociale e umano

Mettere in evidenza le principali tendenze in materia di capitale sociale e umano può fornire ulteriori informazioni su aree suscettibili di un'azione politica efficace, data la provata associazione con le disuguaglianze di salute determinata attraverso l'analisi di scomposizione.

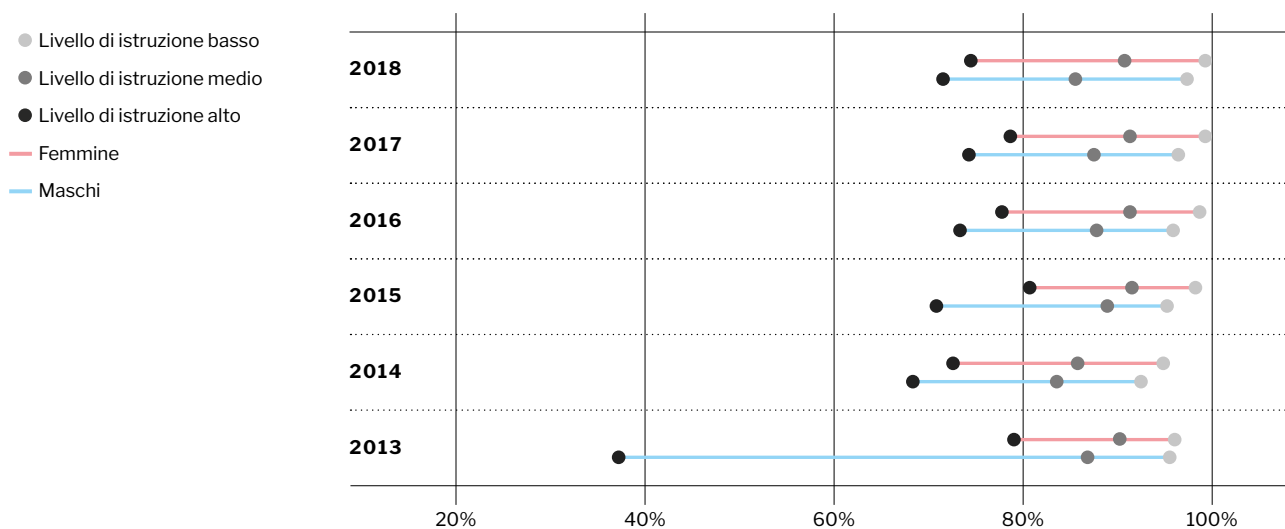
I bassi livelli di fiducia esistenti e i deficit in materia di fiducia indicano alcune aree suscettibili di un miglioramento a lungo termine, al fine di promuovere un impegno civico e un processo decisionale collettivo più inclusivi

- Gli adulti tra i 18 e i 64 anni che hanno frequentato solo la scuola dell'obbligo sono più numerosi nel dubitare che la maggior parte delle persone sia degna di fiducia (fino all'86%) rispetto a quelli con più

anni di istruzione (Fig. 2.13). La mancanza di fiducia è aumentata tra gli adulti con la sola istruzione obbligatoria dal 2013 al 2018, ma non tra quelli con più anni di istruzione. Gli adulti di età superiore ai 65 anni sono più numerosi a riferire di avere scarsa fiducia negli altri rispetto a quelli delle fasce d'età più giovani.

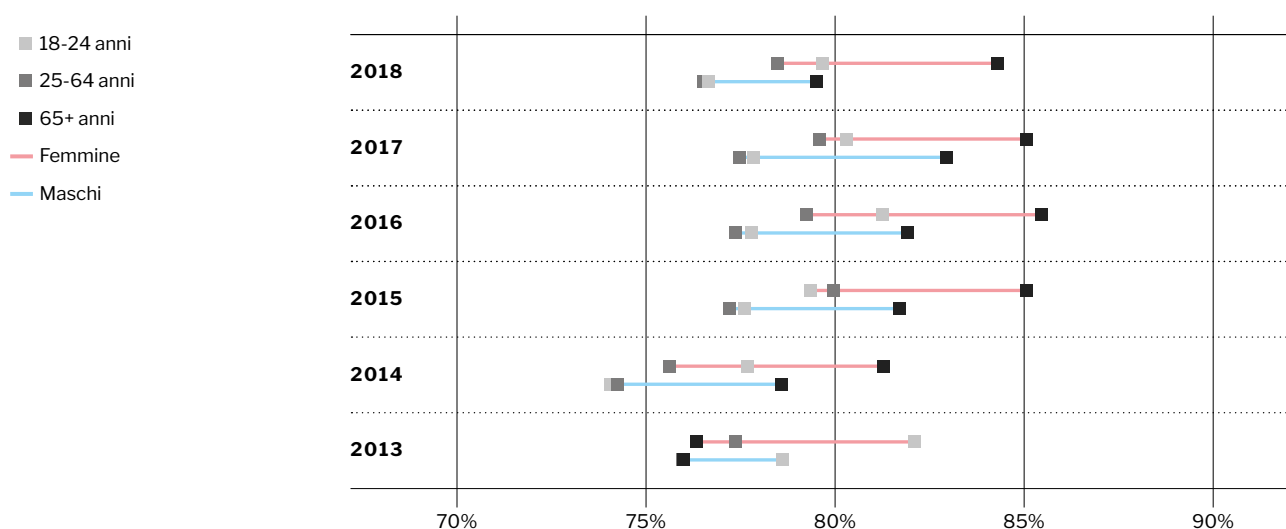
- Le donne sono più numerose degli uomini a riferire di avere poca fiducia negli altri, in tutti i gruppi di istruzione e tutti gli anni (Fig. 2.14). Questo lasso di tempo coincide con il periodo di aumento delle disuguaglianze nelle malattie croniche tra le donne.
- L'analisi per macroregione mostra che le percentuali più alte di scarsa fiducia negli altri si trovano nell'Italia meridionale e insulare.
- Lo svantaggio e l'iniquità sociali influenzano una vasta gamma di condizioni sociali: i gruppi più svantaggiati sono soggetti a livelli più bassi di fiducia negli altri, di controllo, di sicurezza e di sostegno sociale rispetto ai gruppi più avvantaggiati.
- L'isolamento sociale, tuttavia, non appare nell'analisi di scomposizione come un contributo significativo al divario di salute, e i livelli e i divari di isolamento sociale in Italia sono diminuiti dal 2013 al 2018.

Fig. 2.13. Percentuale di adulti (di età compresa tra i 18 e i 64 anni) che riferiscono di riporre scarsa fiducia negli altri, per livello di istruzione



Fonte: elaborazione propria degli autori basata sui dati degli anni 2013-2018 dell'Indagine multiscopo sulle famiglie: aspetti della vita quotidiana (18).

Fig. 2.14. Percentuale di adulti (di età superiore ai 16 anni) che riferiscono di riporre scarsa fiducia negli altri, per gruppo di età



Fonte: elaborazione propria degli autori basata sui dati degli anni 2013-2018 dell'Indagine multiscopo sulle famiglie: aspetti della vita quotidiana (18).

ANALISI: LA FIDUCIA, IL CONTROLLO DEMOCRATICO E LA RIPRESA DAL COVID-19

La questione della fiducia, sia verso le altre persone che verso le istituzioni, è particolarmente problematica in Italia, dove si riscontrano livelli più alti di scarsa fiducia rispetto a molti altri Paesi della Regione europea dell'OMS. La scarsa fiducia è associata a situazioni di svantaggio, e gli adulti tra i 18 e i 64 anni provvisti della sola istruzione obbligatoria sono più numerosi a riferire di non ritenere che la maggior parte delle persone sia degna di fiducia (fino all'86%) rispetto a quelli con un titolo di studio più elevato.

Questo divario è in crescita, dato che tra il 2013 e il 2018 la mancanza di fiducia aumenta tra gli adulti con solo l'istruzione obbligatoria, ma non tra quelli con un titolo di studio più elevato, e percentuali ancora più alte di adulti di 65 anni e più dichiarano di avere una scarsa fiducia.

La mancanza di fiducia può insorgere se i servizi non sono creati in modo da essere centrati sulla persona. Per esempio, nel settore dell'assistenza sanitaria, se i medici e altro personale non ricevono una formazione per fornire un'assistenza centrata sulla persona, il rapporto di fiducia con i pazienti può incrinarsi. Un effetto simile è possibile per quanto riguarda il modo in cui le leggi sono elaborate, che ingenera una mancanza di fiducia nel sistema legale.

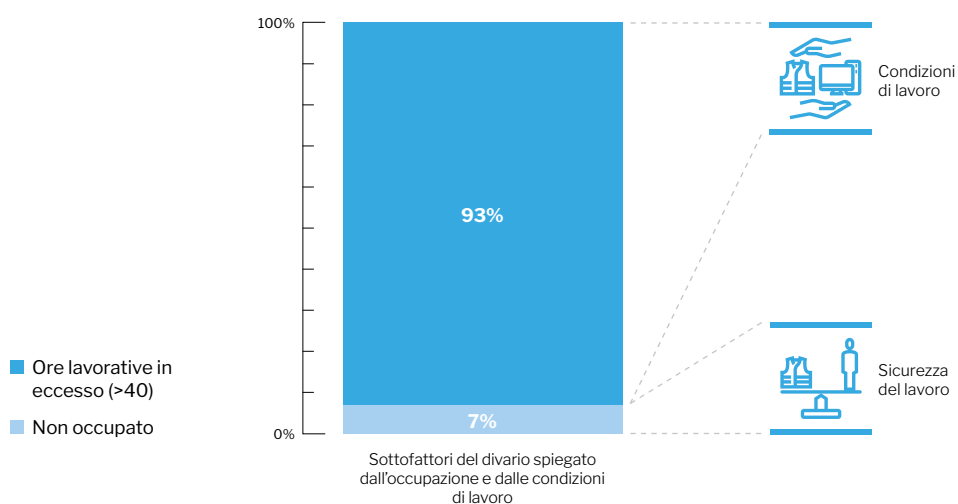
Mentre l'Italia inizia la sua ripresa dalla fase acuta della pandemia di COVID-19, c'è il rischio che bassi livelli di fiducia e un alto grado di esitazione nell'aderire alla campagna di vaccinazione (38) possano ostacolare la ripresa. In particolare, le persone più giovani che si trovano a fare i conti con un futuro di distanziamento sociale e un senso molto cambiato di come sarà il loro futuro individuale possono esser soggetti

ad un ampliamento delle disuguaglianze in termini di fiducia, di senso di appartenenza, di possibilità di avere voce in capitolo e della capacità di guardare al futuro con speranza.

Scomposizione del divario di salute: l'occupazione e le condizioni di lavoro

- L'analisi di scomposizione indica che le disparità nell'occupazione e nelle condizioni di lavoro rappresentano l'11% del contributo totale delle cinque condizioni al divario di salute.
- Condizioni di lavoro dignitose e sicurezza del lavoro, compresa la riduzione della disoccupazione, sono elementi chiave per una partecipazione produttiva al mercato del lavoro. Ciò ha un impatto sull'equità in salute attraverso i suoi effetti sulla vita quotidiana e sulle opportunità della vita.
- La parte del divario di salute attribuita alle disuguaglianze nell'occupazione e nelle condizioni di lavoro può essere scomposta nei sottofattori che la costituiscono (Fig. 2.15), che riguardano la qualità delle condizioni di lavoro, rappresentata dagli orari di lavoro (eccessivi), e dallo status occupazionale.

Fig. 2.15. Scomposizione del sottofattore occupazione e condizioni di lavoro



Fonte: analisi di scomposizione utilizzando i dati del campione italiano Eurofound EQLS 2003-2016.

- Le disparità in materia di straordinari rappresentano il 93% della parte del divario di salute attribuito all'occupazione e alle condizioni di lavoro, se si confrontano i gruppi di reddito superiore e inferiore. Dato che l'orario di lavoro massimo settimanale in Italia è stabilito in 40

ore, e gli straordinari non possono superare le 8 ore supplementari, la soglia degli straordinari è stata fissata a oltre 40 ore settimanali.

- Le differenze nei tassi di superlavoro generano rischi differenziati di problemi di salute (sia fisici che mentali) legati allo stress. Anche se molti degli altri indicatori dell'occupazione e del lavoro seguono un gradiente socioeconomico, sia gli occupati con alti introiti che i percipienti di bassi salari possono essere esposti al superlavoro e agli orari eccessivi, con i rischi per la salute associati.
- In Italia le occupazioni con il maggior carico di ore lavorative settimanali (in media 40 ore o più), dopo quelle dirigenziali, sono quelle dei lavoratori qualificati dell'agricoltura, della silvicoltura e della pesca, dei lavoratori dell'artigianato e dei mestieri connessi, e degli operatori e degli assemblatori di impianti e macchine (39). Queste ultime occupazioni tendono a ricorrere fortemente al lavoro manuale e a compiti che comportano elevati carichi fisici.
- Le evidenze provenienti dall'Italia indicano che i lavoratori occupati in mansioni da colletti blu vanno incontro a funzionalità fisiche meno buone in età avanzata rispetto ai lavoratori occupati in mansioni da colletti bianchi. A differenza dell'esercizio vigoroso nel tempo libero, che è associato a una buona funzione fisica, l'attività fisica intensa sul lavoro aumenta il rischio di una scarsa funzione fisica in età avanzata (40,41). Dato il divario socioeconomico tra i colletti blu e i colletti bianchi, è probabile che questa situazione abbia un impatto sull'equità in materia di salute, come mostra l'analisi di scomposizione.
- È ugualmente provato che le condizioni di lavoro stressanti sono associate in particolar modo alla depressione tra la popolazione attiva con uno status socioeconomico basso, suggerendo che c'è un effetto differenziale del lavoro stressante sullo stato di cattiva salute mentale tra i gruppi socioeconomici (42).
- L'indicatore degli straordinari è un proxy assai grezzo della qualità delle condizioni di lavoro, utilizzato qui in mancanza di una migliore disponibilità di dati, e trascura molti aspetti rilevanti delle condizioni di lavoro.
- Dall'inizio della pandemia, le condizioni di lavoro di scarsa qualità e ad alto rischio nei contesti di assistenza sociale formale e informale e per i migranti sono state portate ulteriormente in evidenza.
- Gran parte dei lavoratori sociali formali e informali (molti dei quali sono donne in età avanzata) sono operatori assistenziali a lungo termine che forniscono servizi di assistenza ad alta intensità di lavoro (43). I migranti sono ugualmente sovrarappresentati nel settore dell'assistenza formale a lungo termine, come pure nel lavoro

domestico, che costituisce un segmento importante di questo settore in Italia e che sovente non viene dichiarato.

- Il restante 7% della porzione del divario di salute attribuito all'occupazione e alle condizioni di lavoro è rappresentato da differenze nello status occupazionale.
- La disoccupazione è direttamente associata ad un aumento delle condizioni auto-riferite di scarsa salute e di cattiva salute mentale (44). La disoccupazione involontaria di lunga durata (tre anni o più) è un fattore predittivo di un consumo più frequente di alcol e di un aumento del rischio di malattie cardiovascolari (45).
- Dalla crisi finanziaria del 2008, i giovani e le donne in Italia hanno dovuto superare ostacoli particolarmente elevati per ottenere un impiego e far fronte a opportunità ineguali di partecipazione al mercato del lavoro (46).

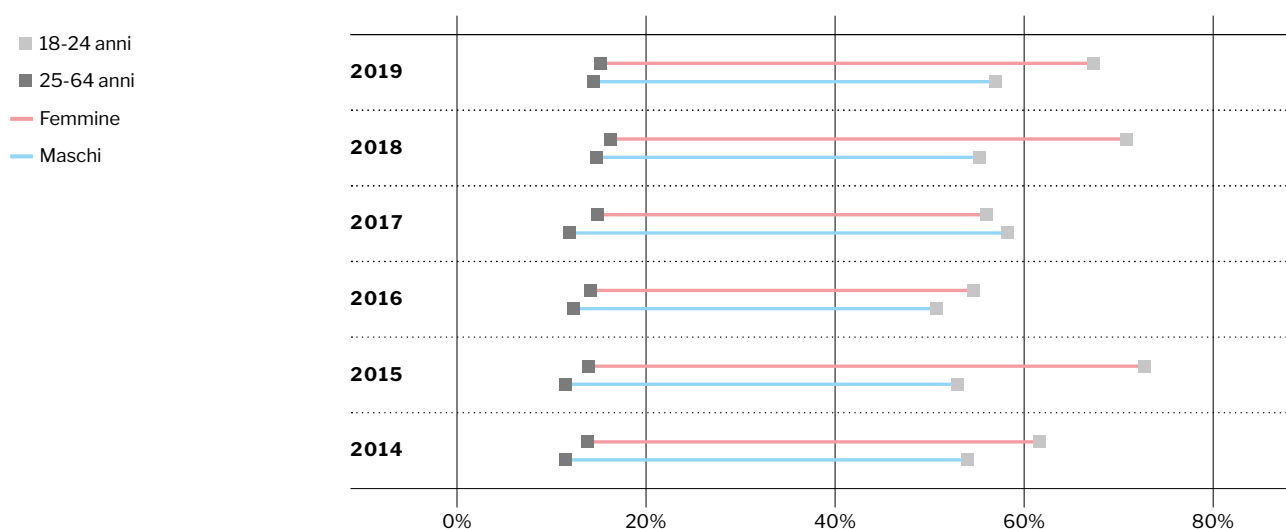
Tendenze: l'occupazione e le condizioni di lavoro

Mettere in evidenza le principali tendenze in materia di occupazione e condizioni di lavoro può fornire ulteriori informazioni su aree suscettibili di un'azione politica efficace, data la provata associazione con le disuguaglianze di salute determinata attraverso l'analisi di scomposizione.

L'alta disoccupazione tra i giovani e gli uomini con meno anni di istruzione sottolinea l'importanza di dare priorità a questi gruppi di popolazione nelle politiche attive del mercato del lavoro

- L'analisi dei dati sulla disoccupazione in base all'istruzione mostra che il numero degli uomini con la sola istruzione obbligatoria che sono disoccupati è doppio rispetto a quello degli uomini con istruzione universitaria.
- I giovani (tra i 18 e i 24 anni) sono più numerosi a trovarsi in stato di disoccupazione rispetto agli adulti tra i 25 e i 64 anni, ma questo divario si è ridotto tra il 2014 e il 2019. In questo periodo, la disoccupazione giovanile è diminuita dal 13% al 10% per le donne e dal 17% all'11% per gli uomini.
- Se la disoccupazione giovanile è diminuita, le tendenze in materia di occupazione temporanea (Fig. 2.16) indicano che i lavori accettati dai giovani non sono necessariamente sicuri o di buona qualità. Il lavoro precario può avere conseguenze negative sulla salute, la società e l'economia, e ha un impatto enorme sul rischio di stress economico, psicologico e fisico, nonché di ansia tra le persone vulnerabili (47).

Fig. 2.16. Percentuale di lavoratori dipendenti con un contratto temporaneo, per gruppo di età



Fonte: analisi originale per l'HESR italiano basata su dati dell'indagine dell'ISTAT sulla forza lavoro.

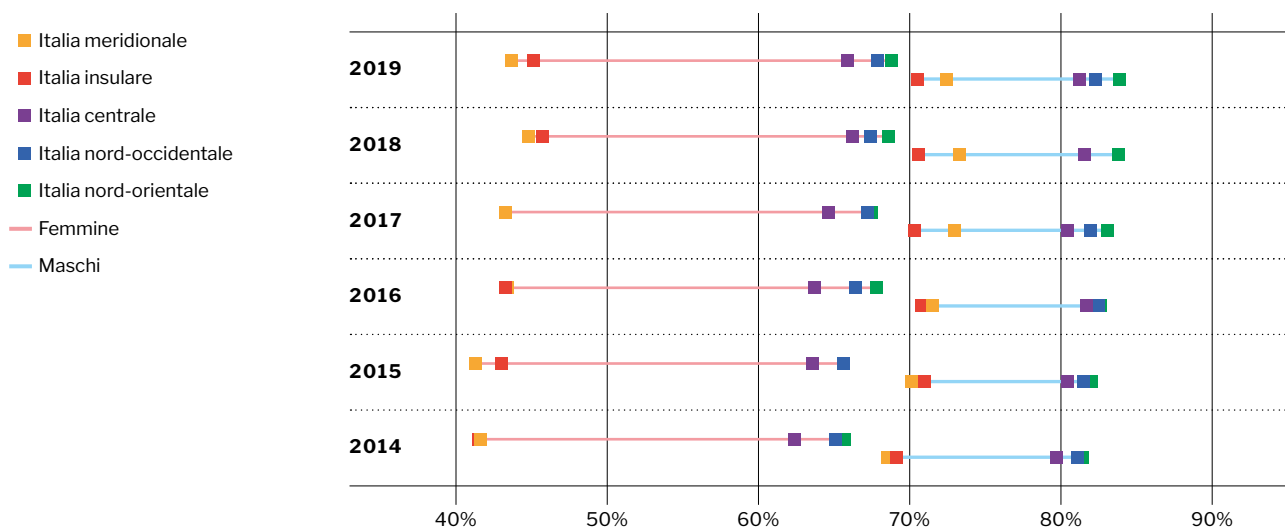
L'elevata inattività economica tra i giovani non impegnati nello studio, nel lavoro e nella formazione (NEET) e tra le donne rivela potenzialità inespresse di partecipazione produttiva all'economia e alla società

- L'elevata inattività economica è un problema trasversale in Italia, anche se i livelli di inattività sono diminuiti durante il decennio fino al 2019. Comunque, le disuguaglianze di genere e le disuguaglianze lungo il corso della vita persistono nella partecipazione al mercato del lavoro.
- Le persone economicamente inattive – che sono disoccupate e che non cercano attivamente un'occupazione nel mercato del lavoro – sono esposte a rischi per la salute simili o maggiori rispetto ai disoccupati. Se la loro uscita dal mercato del lavoro è dovuta a scarse prospettive di lavoro a lungo termine e allo scoraggiamento, allora possono anche essere più vulnerabili alla cattiva salute mentale e avere un accesso ridotto ai sistemi di protezione sociale, compresi i servizi sanitari e le pensioni.
- Nel 2019 quasi una donna su due in età lavorativa era disoccupata o in cerca di lavoro, mentre questo dato era del 25% per gli uomini. Tra le donne più mature della regione Sud Italia, questo dato era quasi il 60% (Fig. 2.17).
- C'è un chiaro e persistente gradiente per livello di istruzione nell'inattività economica. Nel 2019, il 63,9% delle donne con la sola istruzione obbligatoria erano inattive rispetto al 18,9% delle donne con una laurea. Per gli uomini, questa cifra era del 35,2% tra gli uomini

con la sola istruzione obbligatoria rispetto al 12,4% tra gli uomini con istruzione universitaria.

- Mentre questa disuguaglianza tra gruppi di istruzione è diminuita tra le persone più anziane, è aumentata tra i giovani; il 19,9% dei giovani uomini e il 27,9% delle giovani donne (con un'età tra i 15 e i 34 anni) sono NEET, e i tassi di condizione di NEET sono più alti tra le donne giovani e gli uomini con un titolo di studio inferiore.

Fig . 2.17. Partecipazione alla forza lavoro tra gli adulti (età 18-64 anni), per macroregione



Fonte: analisi originale per l'HESR italiano basata su dati dell'indagine dell'ISTAT sulla forza lavoro.

Le politiche a sostegno di una maggiore sicurezza del lavoro beneficerebbero i giovani che sono a più alto rischio di lavoro temporaneo e precario

- Le percentuali di giovani in stato di occupazione temporanea sono aumentate dal 2014 al 2019, dal 62% al 67% per le giovani donne e dal 54% al 57% per i giovani uomini. I tassi di occupazione temporanea sono quattro volte più alti tra i giovani di 18-24 anni che tra gli adulti di 25-64 anni.
- Questa constatazione, secondo la quale la diminuzione della disoccupazione giovanile tende ad essere accompagnata da un aumento dell'insicurezza e della precarietà del lavoro, è coerente con una constatazione più generale nell'Unione europea (UE), secondo la quale indicatori come la bassa intensità lavorativa stanno convergendo tra i gruppi socioeconomici verso livelli più bassi, mentre la povertà lavorativa sta convergendo verso livelli più alti (48).

ANALISI: I RISCHI DEL LAVORO PRECARIO

I dati suggeriscono che il lavoro precario rappresenta un rischio particolare per i giovani, le donne e i migranti (49). Una maggioranza significativa di giovani in Italia è impiegata in ruoli temporanei, e le giovani donne sono particolarmente colpite da questo fenomeno.

La povertà lavorativa è elevata tra le persone in situazioni di lavoro precario – come il lavoro part-time o temporaneo, il lavoro stagionale e i lavoratori autonomi – e questo tipo di lavoro è spesso svolto da donne, lavoratori giovani e lavoratori migranti. Le donne, i giovani e i lavoratori migranti sono anche sovrarappresentati in molti dei settori che probabilmente subiranno una contrazione nel medio termine a causa dell’impatto della pandemia COVID-19, in particolare il settore alberghiero, quello del tempo libero e del turismo, del commercio al dettaglio e dei ruoli di assistenza.

Se i dati vengono analizzati per livello di istruzione, gli uomini con solo la scuola dell’obbligo sono attualmente il gruppo con i più alti tassi di occupazione temporanea. Con il doppio degli uomini con la sola scuola dell’obbligo disoccupati rispetto agli uomini con istruzione universitaria, c’è il rischio che una parte della popolazione possa trovarsi nella condizione di NEET.

Questo rischio potrebbe egualmente essere accentuato dal COVID-19, che ha generato un’evoluzione dei salari al ribasso e un’occupazione meno sicura, dato che la duplice pressione dei lockdown e dei danni economici affligge il mercato del lavoro. Si impone un’analisi urgente delle politiche per contrastare la riduzione prospettica delle ore di lavoro e della disoccupazione, che portano all’insicurezza del reddito e all’aumento del rischio di povertà.

CASO STUDIO: LE DISUGUAGLIANZE SOCIOECONOMICHE VISSUTE DAI ROM IN ITALIA

Le persone rom che vivono in Italia devono fronteggiare disuguaglianze radicate in molteplici dimensioni. Una ricerca condotta nel 2011 (50) (i più recenti dati disponibili) ha rilevato che le persone rom avevano una salute peggiore, un tasso di occupazione inferiore e tassi di povertà più elevati rispetto alle persone non rom. Inoltre, più del 60% dei rom partecipanti di età pari o superiore ai 16 anni ha dichiarato di aver subito discriminazioni a causa delle loro origini rom nei 12 mesi precedenti.

Quasi il 30% dei rom di età compresa tra i 35 e i 54 anni ha riferito di avere problemi di salute che limitano le attività quotidiane, rispetto a meno del 10% della popolazione non rom. Solo 1 rom su 10 di età compresa tra i 20 e i 64 anni ha dichiarato di avere un lavoro retribuito, rispetto a più del 60% della popolazione non rom, ma circa un quarto dei rom ha dichiarato di avere un lavoro autonomo. Quasi il 30% ha dichiarato di essere disoccupato, rispetto a circa il 5% dei non rom. Più del 95% dei rom intervistati viveva in famiglie a rischio di povertà, rispetto a poco più del 40% della popolazione non rom.

Più del 10% dei bambini rom tra i 7 e i 15 anni non frequentava la scuola, rispetto a meno del 5% dei bambini non rom della stessa età. Circa la metà dei bambini rom ha frequentato una scuola materna o un asilo, rispetto a più di nove bambini non rom su dieci. Meno del 20% degli adulti rom di età compresa tra i 20 e i 24 anni ha completato almeno l'istruzione secondaria superiore generale o professionale, rispetto a circa il 90% degli adulti non rom della stessa età.

I rom in Italia hanno conosciuto una povertà significativa: il numero medio di persone per stanza era più di 2,5 nelle famiglie rom rispetto a meno di una nelle famiglie non rom. Circa il 30% dei rom viveva in famiglie prive di almeno uno dei seguenti elementi: elettricità o una cucina interna, servizi igienici, doccia o bagno – rispetto a quasi zero per le persone non rom. Inoltre, più della metà di tutti i rom intervistati ha riferito che qualcuno nella propria famiglia è andato a letto a stomaco vuoto almeno una volta nell'ultimo mese, rispetto a meno del 5% dei non rom. L'analisi di scomposizione nella sezione 2 mostra che le disparità nelle condizioni di vita, tra cui l'alloggio, il cibo e il riscaldamento domestico, rappresentano il secondo maggior singolo contributo al divario di salute delle cinque condizioni essenziali analizzate.

Un rapporto dell'Agenzia dell'Unione europea per i diritti fondamentali sulle conseguenze della pandemia COVID-19 sulle comunità rom e nomadi in Italia descrive le conseguenze ineguali per le comunità rom in termini di scarso accesso all'assistenza sanitaria, al lavoro, alla scuola, alla protezione sociale e le condizioni di vita critiche, con i rom che spesso vivono in alloggi sovraffollati o accampamenti informali senza o con scarso accesso all'acqua corrente, impedendo l'attuazione delle misure di distanziamento e di igiene raccomandate (51).

3. Qual è il significato dell'analisi per la ripresa e la ristrutturazione a lungo termine a seguito del COVID-19?

PRINCIPALI CONCLUSIONI

L'Italia è entrata nella pandemia COVID-19 annoverando numerose disuguaglianze preesistenti, per esempio in relazione all'estensione delle MNT, al sovrappeso/obesità, alle malattie depressive e ai comportamenti di salute a rischio.

Le disuguaglianze in materia di salute erano particolarmente evidenti tra le donne e i giovani, valutate per livello di istruzione, quintile di reddito e regione.

Le prime evidenze mostrano che il COVID-19 e le sue misure di contenimento possono aver esacerbato alcune di queste disuguaglianze esistenti, creando molte nuove vulnerabilità.

In particolare, è stato osservato un gradiente sociale nell'esposizione al COVID-19, nelle conseguenze della malattia e nell'interruzione dei percorsi sanitari non legati al COVID-19. Questo effetto può essere visto anche nell'impatto del confinamento sulla salute fisica e mentale, e nell'esposizione all'aumento della povertà, alla disoccupazione e alla riduzione del reddito.

Le malattie gravi da COVID-19 possono essere aggravate tra i gruppi svantaggiati a causa della distribuzione ineguale dei fattori di rischio sottostanti, come avere alcune MNT o lavorare in occupazioni più rischiose.

Alcuni indicatori precoci mostrano che degli interventi accuratamente mirati possono attenuare l'impatto della pandemia su alcuni gruppi vulnerabili.

Concentrandosi su specifiche barriere sociali ed economiche e le relative modalità di influenza, è possibile identificare e dare priorità a opzioni politiche e interventi misurabili per avere un impatto positivo in termini di sviluppo a lungo termine, compresa la riduzione delle disuguaglianze in materia di salute e nei fattori di rischio per una ripresa sostenibile e inclusiva.

Questa sezione identifica tre ampie aree di intervento suscettibili di far progredire la riduzione delle disuguaglianze durante la fase di recupero dal COVID-19:

1. ridurre le disuguaglianze in materia di salute garantendo la sostenibilità e la resilienza del sistema sanitario;
2. ridurre la povertà per migliorare l'equità in salute; e
3. sfruttare l'equità in salute come motore e risultato della rivitalizzazione economica.

Identificare le opportunità per una ripresa orientata verso l'equità

Le sezioni precedenti di questo rapporto hanno identificato le differenze di salute che esistevano in Italia già prima della pandemia di COVID-19, hanno analizzato le disparità nelle condizioni sociali ed economiche essenziali che probabilmente le hanno plasmate e hanno evidenziato direzioni promettenti per soluzioni e interventi.

Nel momento in cui i governi pianificano la ripresa dal COVID-19, si presenta l'occasione di colmare i divari che già esistevano prima dell'inizio della pandemia tra la popolazione più e meno abbiente, affrontando al contempo ulteriori disuguaglianze sociali, economiche e di salute che sono apparse in seguito al COVID-19. Oltre ad affrontare gli effetti negativi immediati, si possono progettare azioni orientate all'equità nel medio termine per contrastare le cause comuni di vulnerabilità e prevenire l'aggravarsi delle disuguaglianze dovute a fasi successive dell'impatto sociale ed economico nel lungo termine, come è stato osservato in occasione di precedenti crisi economiche (Fig. 3.1).

Fig. 3.1. Fasi dell'impatto socioeconomico del COVID-19



Fonte: adattamento a cura dall'Ufficio Regionale OMS per l'Europa, 2020 (1).

Considerando i risultati dell'analisi precedente insieme alle evidenze emergenti sull'esperienza italiana della pandemia COVID-19, è possibile identificare le aree prioritarie per una pianificazione prospettica della ripresa che aiuti a ricostruire l'Italia facendone un Paese più equo. Questo implica andare oltre le politiche reattive a breve termine e adottare una prospettiva a più lungo termine oltre la scadenza delle misure straordinarie di supporto finanziario e di risposta alla pandemia. Dare priorità al lavoro in questo modo può aiutare a garantire che i divari non continuino ad aumentare a causa della pandemia e che, nella misura del possibile, possano essere colmati.

Sintesi delle principali disuguaglianze pre-pandemiche nella popolazione italiana

Il presente rapporto mostra che quando l'Italia è entrata nel periodo della pandemia di COVID-19, esistevano distinti gradienti sociali e educativi all'interno della popolazione per molteplici indicatori.

Durante il periodo di 15 anni che hanno preceduto l'inizio della pandemia, la salute auto-riferita era migliorata e il divario tra la percentuale di donne e uomini in età lavorativa che dichiarano di avere una salute scarsa o buona nei gruppi più abbienti rispetto ai gruppi meno agiati era diminuito.

Tuttavia, questa riduzione delle disuguaglianze non è evidente nei gruppi di età più giovani e più anziani. Inoltre, le persone con livelli più bassi di reddito o di istruzione hanno maggiori probabilità di essere soggette a livelli più elevati di MNT, di sovrappeso, di malattie depressive e di tabagismo, oltre a seguire un'alimentazione più povera.

Sebbene abbiano un'aspettativa di vita più lunga degli uomini, le donne vivono in uno stato di salute peggiore secondo diversi indicatori. Scarse evidenze indicano che l'ampiezza del divario tra le donne appartenenti ai gruppi di reddito e di istruzione più alti e più bassi si sta riducendo in molti ambiti, mentre le disuguaglianze aumentano in altri.

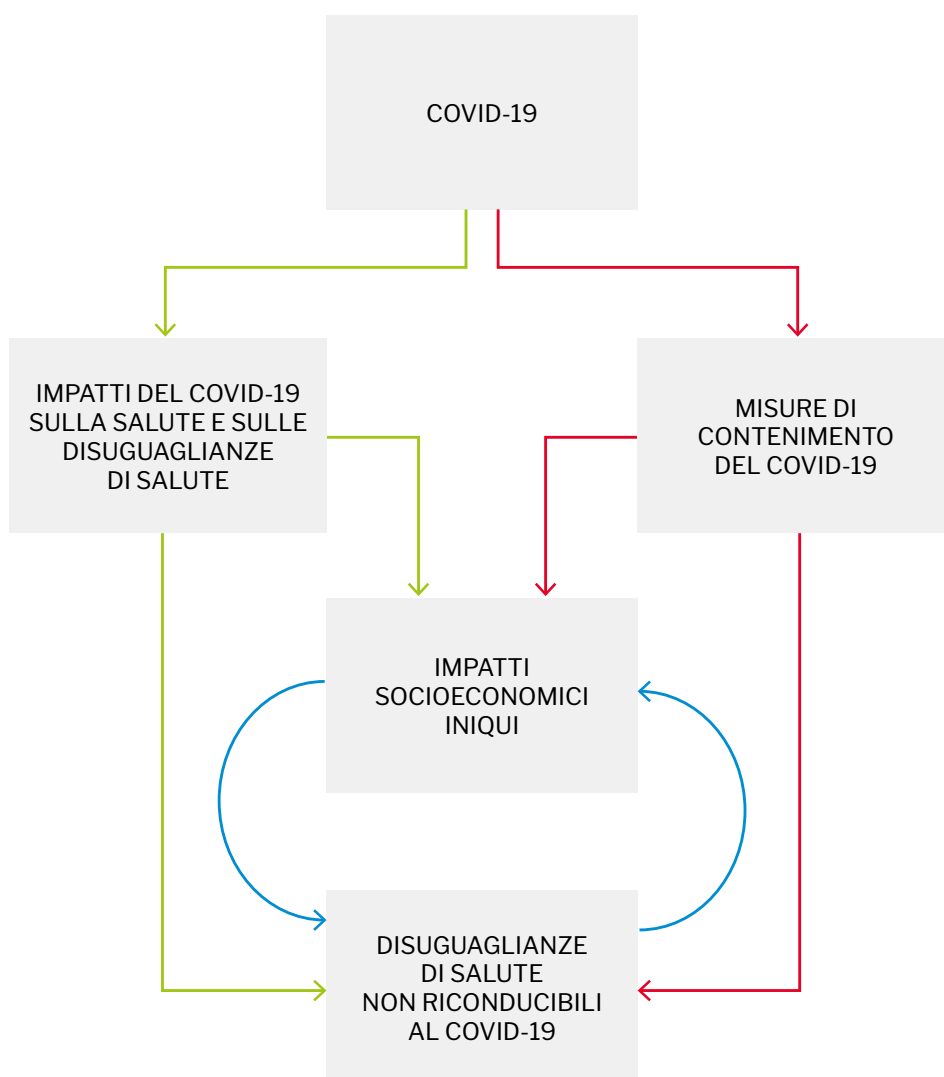
Le disuguaglianze di reddito sono aumentate tra il 2008 e il 2019 e sono rimaste a livelli più alti di prima della crisi finanziaria del 2008. I divari nell'insicurezza alimentare e nel riscaldamento domestico sono aumentati e persistono sia per gli uomini che per le donne. Sembra esserci anche un problema di mancanza di fiducia, in particolare tra i gruppi di età più avanzata e tra coloro che si trovano in una situazione finanziaria peggiore.

Il lavoro precario rappresenta un problema soprattutto per i giovani, le donne e i migranti, dato che tra coloro che lavorano in situazioni di lavoro precario si registrano alti livelli di povertà lavorativa.

Impatto del COVID-19 sull'equità in Italia: prime evidenze

Le prime evidenze mostrano che il COVID-19 e le sue misure di contenimento possono aver esacerbato alcune delle disuguaglianze esistenti in Italia, creando tutta una serie di nuove vulnerabilità. Nell'identificare e pianificare gli interventi politici, è utile strutturare le evidenze intorno a due meccanismi chiave di impatto, che intensificano le disuguaglianze esistenti o ne creano di nuove tramite un terzo meccanismo di rinforzo (Fig. 3.2).

Fig. 3.2. Tre meccanismi inerenti agli impatti socioeconomici del COVID-19 e le loro disuguaglianze



Nota. Freccie verdi, meccanismo 1; frecce rosse, meccanismo 2; frecce blu, meccanismo 3.
Fonte: Ufficio Regionale OMS per l'Europa, 2020 (1).

Il meccanismo 1 opera attraverso gli effetti della pandemia sulla salute e sulle disuguaglianze di salute. Le disuguaglianze in materia di salute derivano (i) dall'esposizione all'infezione e dalle relative gravi conseguenze, compreso il "long COVID" (52) e il decesso, e (ii) dagli effetti non-COVID sulla salute, compreso il disagio mentale e altre forme di deterioramento della salute che derivano dai bisogni di salute insoddisfatti dovuti alle perturbazioni e alla pressione sulle risorse del sistema sanitario. Questi effetti sulla salute possono continuare a generare o esacerbare disuguaglianze socioeconomiche preesistenti e condizioni di salute non-COVID.

Le persone in situazioni sociali ed economiche meno avvantaggiate rischiano in modo sproporzionato di essere esposte all'infezione, a causa delle condizioni in cui vivono o del tipo di lavoro che svolgono: per esempio, possono essere lavoratori in prima linea, vivere in spazi condivisi ristretti, o svolgere lavori che non permettono loro di lavorare da casa. Le persone esposte a queste vulnerabilità hanno pure maggiori probabilità di subire gli effetti più gravi sulla salute in caso di infezione da coronavirus, a causa della loro maggiore suscettibilità ai problemi di salute preesistenti o al difficile accesso al sistema sanitario (53).

Il meccanismo 2 agisce attraverso gli impatti socioeconomici ineguali che le misure di contenimento del COVID-19 possono avere nel generare disuguaglianze di salute. L'Italia, come molti Paesi, ha adottato una serie di misure per contenere il COVID-19, tra cui il distanziamento fisico, l'obbligo di rimanere in casa e l'imposizione di lockdown, la chiusura dei luoghi di lavoro e degli istituti scolastici (ad esempio, le strutture per l'infanzia, le scuole, i collegi e le università), l'interruzione o la sospensione della fornitura di servizi. Le misure di contenimento, quali il distanziamento fisico, l'isolamento domestico e il confinamento, possono provocare disuguaglianze socioeconomiche attraverso il modo in cui sono gestite e attuate; ad esempio, possono generare una perdita di occupazione e di opportunità di lavoro, che di conseguenza influisce sui determinanti della salute e sui rischi. Le stesse misure di contenimento – come il distanziamento fisico, lo stare al chiuso o l'essere confinati – possono influenzare negativamente la salute e il benessere fisico, mentale ed emotivo.

Molte persone esposte a un rischio elevato di effetti diretti sulla salute attraverso il meccanismo 1 sono ugualmente esposte a un rischio sproporzionatamente alto di subire gli impatti sociali ed economici delle misure di contenimento (meccanismo 2). Questi impatti sociali ed economici possono a loro volta scatenare ulteriori effetti negativi sulla salute.

Il meccanismo 3 agisce attraverso un ciclo di rinforzo tra i meccanismi 1 e 2. Le disuguaglianze socioeconomiche possono aumentare il rischio di ulteriori disuguaglianze di salute che non sono legate al COVID-19. D'altro canto, gli effetti non-COVID sulla salute che sono indirettamente generati dalle misure di contenimento o come conseguenza dei problemi di salute causati dall'aver contratto il COVID-19 possono portare ad ulteriori disuguaglianze socioeconomiche. Senza un intervento politico decisivo, questo meccanismo ciclico può rafforzare e radicare a lungo termine le disuguaglianze in materia di salute e quelle socioeconomiche.

Meccanismo 1. Impatto ineguale del COVID-19 sulla salute (l'infezione e gli effetti non COVID sulla salute)

Le evidenze emergenti sull'impatto della pandemia sull'equità in Italia indicano che il COVID-19 ha rispecchiato e, in alcuni casi, esacerbato alcuni divari esistenti tra le persone più e i meno avvantaggiate, generandone al contempo di nuovi. In particolare, è stato osservato un gradiente sociale nell'esposizione all'infezione da COVID-19 e nelle conseguenze della malattia (Meccanismo 1), come pure nell'interruzione o sospensione dei percorsi sanitari relativi al trattamento delle patologie non COVID. Questo effetto può essere osservato anche nell'impatto delle misure di confinamento e restrizione sulla salute fisica e mentale, e nel rischio di aumento della povertà e della disoccupazione e di diminuzione del reddito (meccanismo 2).

In termini di impatto diretto sulla salute, le aree geografiche socialmente svantaggiate tendono ad essere più a rischio di infezione da COVID-19. Per esempio, in Lombardia, la prima regione più colpita in maniera significativa, uno studio iniziale condotto nelle province di Milano e Lodi ha permesso di osservare un rischio di infezione significativamente più alto nei quartieri dove la frequenza di handicap educativi, disoccupazione e affollamento abitativo sono più importanti (54). L'analisi delle disparità negli indici di mortalità tra i comuni più poveri e quelli più ricchi della Lombardia suggerisce un aumento del divario durante la pandemia (55).

Parimenti, l'analisi per l'Emilia Romagna mostra una maggiore differenza nei tassi di mortalità standardizzati per età tra i blocchi di censimento meno e più svantaggiati per la mortalità legata al COVID-rispetto alla mortalità complessiva, suggerendo un gradiente sociale più pronunciato per gli effetti sulla salute dovuti alla pandemia, con un impatto più forte nelle aree più svantaggiate (56).

I risultati dell'indagine di sieroprevalenza condotta dall'ISTAT nell'estate del 2020 mostrano che le persone con meno anni di istruzione sembrano anche esser state soggette a tassi più elevati di infezione da COVID-19.

Il 3% degli adulti tra i 35 e i 64 anni che ha frequentato la sola scuola dell'obbligo è risultato positivo, contro il 2,6% di coloro che hanno conseguito il diploma di scuola secondaria o sono laureati. I tassi di infezione non hanno mostrato disuguaglianze significative legate al genere o all'età (57). Le disuguaglianze sui tassi di infezione riferibili all'istruzione possono in parte riflettere un rischio professionale all'infezione differenziato, dato che molti lavoratori che operano in prima linea nel settore alimentare, nel commercio al dettaglio, nei trasporti pubblici e negli ambiti correlati (fatta eccezione per il personale sanitario) tendono ad avere meno anni di istruzione.

Gli uomini di età compresa tra i 70 e gli 89 anni sono soggetti a tassi di mortalità in eccesso più alti in generale, con il numero totale di decessi in questa coorte che è aumentato di oltre 52 punti percentuali tra il 1° gennaio e il 30 aprile 2020 rispetto alla media quinquennale per il periodo 2015-2019. Si è osservato un chiaro gradiente per livello di istruzione nei dati, visto che le persone con i livelli di istruzione più bassi sono state soggette a tassi di mortalità in eccesso più elevati (30% per gli uomini e 20% per le donne) rispetto a quelle con livelli di istruzione più elevati (58). I dati della regione Piemonte confermano che le disparità sociali nella mortalità tra tutta la popolazione sono aumentate durante le prime due ondate della pandemia COVID-19, e in particolare tra gli uomini più anziani (59).

Gli esiti del COVID-19 possono essere peggiori tra i gruppi svantaggiati a causa della distribuzione ineguale dei fattori di rischio sottostanti. La presenza di alcune MNT, come le malattie cardiovascolari, le malattie renali croniche e il diabete, così come l'obesità e altri fattori di rischio comportamentali (60,61) è associata a malattie più gravi dovute all'infezione da COVID-19 (62). Lo svantaggio sociale ed economico è associato a una maggiore incidenza di tali malattie croniche e MNT, con conseguenti disuguaglianze negli esiti del COVID-19. I risultati preliminari ottenuti dalla regione Piemonte hanno attribuito fino al 30% delle disuguaglianze complessive negli esiti del COVID-19 (rischio di infezione, ospedalizzazione, ricovero in unità di terapia intensiva e rischio di morte) alle disparità nell'incidenza di co-morbidità tra gli adulti più anziani (di età superiore ai 65 anni), e fino al 50% tra la popolazione in età lavorativa (di età compresa tra i 18 e i 64 anni) (63).

La pandemia ha egualmente avuto ripercussioni indirette sulla disponibilità di cure per patologie non-COVID. In uno studio è stata osservata una diminuzione dei ricoveri per infarto miocardico acuto, degli interventi chirurgici programmati per tumori e problemi ortopedici, e delle visite al pronto soccorso per motivi meno urgenti durante la pandemia, anche se le visite al pronto soccorso classificate come più urgenti sono aumentate, probabilmente legate a casi sospetti di COVID (64).

Meccanismo 2. Impatti socioeconomici diseguali sulla salute delle misure di contenimento del COVID-19

L'impatto economico del COVID-19 in Italia è stato severo. La ricerca ISTAT condotta durante la prima ondata della pandemia ha permesso di individuare un significativo aumento della disoccupazione, della povertà assoluta e del grave stato di deprivazione, l'impoverimento di gruppi sociali che in precedenza non erano interessati da problemi economici, e un sostanziale aumento delle disuguaglianze derivanti dall'ampliamento del divario di reddito (65,66).

C'è stata una diminuzione del numero di posti di lavoro e del numero assoluto di persone attive nella forza lavoro.³ In totale, 945 000 posti di lavoro sono andati persi e 717 000 persone hanno lasciato la forza lavoro. Questa riduzione della partecipazione al mercato del lavoro ha colpito tutti i gruppi sociali, così come entrambi i sessi. L'inattività economica è passata dal 25,0% al 26,5% tra gli uomini e dal 43,5% al 45,3% tra le donne, e il divario tra le persone che hanno un titolo di studio basso o elevato è aumentato per entrambi i sessi.

La pandemia COVID-19 sembra aver inizialmente accentuato la disuguaglianza di reddito, sebbene alcuni rapidi ed estesi interventi governativi basati sul reddito sembrano aver parzialmente alleviato questa tendenza. Le prime analisi degli impatti economici della pandemia in Italia hanno rilevato che c'è stato un aumento iniziale della disuguaglianza di reddito tra gennaio e maggio 2020, sebbene questa sia diminuita entro settembre 2020 grazie ai programmi di ristoro del Governo (68). Tuttavia, se si guarda oltre la disuguaglianza di reddito e si considerano le persone più vulnerabili economicamente, il numero di famiglie con scarsa liquidità (cioè prive di denaro o risorse sufficienti per mantenere i consumi essenziali al di sopra della soglia di povertà per almeno tre mesi, in assenza di altre entrate) è aumentato del 44% tra aprile e dicembre 2020. In particolare, una volta rimosse le misure di welfare di emergenza, si stima che la percentuale di famiglie vulnerabili indebitate potrebbe aumentare ulteriormente (fino al 2% del totale; circa 500.000 persone) (69).

Oltre all'impatto economico, le restrizioni attuate per rallentare la diffusione del COVID-19 possono anche aver generato effetti negativi sulla salute attraverso il loro effetto sulle condizioni di vita e sui fattori dello stile di vita, in particolare attraverso la limitata attività fisica dovuta alle misure di confinamento e all'isolamento, e i comportamenti di salute legati allo stress e all'ansia, come l'alimentazione scorretta

³ È quanto emerge sia dal rapporto *Guarire dalla pandemia tornando ad una salute più uguale* (2021) del Gruppo di coordinamento interistituzionale delle disuguaglianze di salute (inedito al momento in cui scriviamo), che da un rapporto pubblicato lo stesso anno dall'ISTAT (67).

e il consumo di alcol e tabacco. Alcune prime ricerche sulle abitudini alimentari di un gruppo di pazienti ambulatoriali affetti da obesità nell'Italia settentrionale durante l'isolamento hanno rilevato che i partecipanti avevano guadagnato circa 1,5 kg di peso in media dopo un mese di isolamento (70). Un altro studio su 7847 persone che vivevano principalmente nel Nord Italia ha rivelato che poco meno di un fumatore su tre (29,5%) ha riferito di aver fumato di più.

L'opinione pubblica italiana sembra aver beneficiato di alti livelli di resilienza e coesione durante la prima parte della pandemia, se un'indagine ISTAT dell'aprile 2020 ha rilevato una diffusa consapevolezza della sua gravità, una forte coesione e una maggioranza degli intervistati che ha espresso una forte fiducia nelle principali istituzioni (58). Ricerche successive hanno però rilevato un'erosione della fiducia, con quasi il 30% delle persone che giudica negativamente le decisioni e le misure attuate contro la pandemia dalla regione in cui vive (71).

Integrando le evidenze emergenti sugli effetti socioeconomici del COVID-19 relativi alla salute e le conclusioni delle due sezioni precedenti, le sezioni che seguono delineano proposte politiche lungimiranti in linea con le questioni prioritarie già identificate nelle evidenze di questo rapporto e i nuovi obiettivi annunciati dal Governo italiano. Esse mirano a fornire misure attuabili per accelerare il progresso in Italia verso una salute orientata all'equità e una ripresa socioeconomica incentrate su queste priorità.

Un approccio per la salute e la ripresa socioeconomica incentrato sull'equità

Le evidenze disponibili indicano che la pandemia di COVID-19 può aver rispecchiato o esacerbato le disuguaglianze che già esistevano in Italia, in particolare in termini di stile di vita e di impatto economico, e potenzialmente anche in relazione all'accesso all'assistenza sanitaria, sebbene al momento sia troppo presto per comprendere la piena portata di questo impatto.

Alcune prime indicazioni mostrano che interventi adeguatamente mirati possono avere il potenziale di ridurre l'impatto della pandemia sui gruppi di popolazione più vulnerabili, come dimostrato dall'inversione della crescente disuguaglianza nel reddito disponibile delle famiglie che si è verificata a metà del 2020 in seguito agli interventi di politica fiscale del Governo (68).

Focalizzandosi su specifiche barriere sociali ed economiche e sulle modalità di influenza sulla salute, è possibile identificare e assegnare una priorità alle opzioni politiche perseguibili e agli interventi misurabili

che possono avere un impatto positivo sugli stili di vita sani e sulla riduzione delle disuguaglianze nella salute e nei fattori di rischio per la salute. In piena aderenza al discorso del Presidente del Consiglio Draghi al Parlamento italiano nel febbraio 2021 che definisce le priorità del Governo (10), l'analisi e la discussione dei potenziali interventi in questa sezione si concentra su tre aree: garantire la sostenibilità e la resilienza del sistema sanitario, ridurre la povertà e rinvigorire l'economia. La relazione tra queste tre aree e gli obiettivi di equità in materia di salute è esaminata in dettaglio nel resto di questa sezione.

Ridurre le disuguaglianze di salute garantendo la sostenibilità e la resilienza del sistema sanitario

RACCOMANDAZIONI PRINCIPALI

Dovrebbe essere garantito un accesso equo all'assistenza formale e informale (compresi i servizi di salute mentale e gli aspetti relativi all'assistenza sanitaria digitale), trattando le questioni di accesso congiuntamente alle molteplici dimensioni delle condizioni essenziali necessarie per una buona salute, come la fiducia nelle istituzioni sanitarie e la flessibilità degli orari di lavoro per consentire l'accesso ai servizi sanitari che sono aperti solo durante l'orario di ufficio.

Le persone dovrebbero essere aiutate a proteggersi dai comportamenti e dai fattori di rischio dannosi per la salute, anche attraverso gli interventi delle comunità per la promozione della salute che rafforzano i servizi sanitari locali e quelli che mirano ad aiutare le donne ad orientarsi nell'intreccio dei fattori di genere e socioeconomici che hanno un impatto sui fattori di rischio e sui comportamenti dannosi.

Il ruolo delle scuole nella promozione della salute e del benessere dovrebbe essere valorizzato per attenuare le disuguaglianze in termini di alimentazione, sovrappeso e obesità, attività fisica e comportamenti rischiosi per la salute tra i bambini, oltre che per favorire il benessere e le opportunità che la vita offre ai giovani attraverso l'acquisizione di competenze.

Bisognerebbe costruire un rapporto di fiducia nei confronti della salute e delle altre istituzioni pubbliche (insieme alla fiducia tra le persone) tramite una comunicazione chiara e trasparente, facilitando le iniziative di miglioramento della salute attraverso il continuo sostegno e impegno pubblico.

Nel considerare il ruolo del sistema sanitario nella riduzione delle disuguaglianze, l'analisi di questo rapporto dimostra l'importanza di prendere in considerazione l'equità di accesso all'assistenza sanitaria, oltre al ruolo che le diverse funzioni sanitarie possono svolgere nel proteggere le persone da comportamenti e stili di vita che danneggiano la salute. Le funzioni di salute e benessere svolte dai servizi pubblici al di fuori del settore sanitario — come le reti di sostegno locali e di

comunità – sono fondamentali per raggiungere un progresso sostenibile in questo senso, oltre a una comunicazione di salute pubblica efficace e coordinata a livello nazionale e regionale.

i) Garantire un accesso equo alle cure

L'analisi di scomposizione nella sezione 2 ha mostrato che le disparità nella qualità e nell'accesso ai servizi sanitari rappresentano il 9% del contributo totale delle cinque condizioni essenziali al divario di salute.

La pandemia di COVID-19 ha causato una perturbazione e interruzione dei servizi sanitari in presenza, e le evidenze mostrano che durante la pandemia l'attività è diminuita in molteplici aree di cura. Inoltre, è importante capire la misura in cui il COVID-19 ha esacerbato le disuguaglianze nell'accesso all'assistenza sanitaria; per esempio, le persone con una ridotta capacità di pagare una quota parte a causa della perdita di reddito vengono lasciate indietro in termini di accesso ai servizi. I dati provenienti dall'UE mostrano che tra marzo e luglio 2020, più di un quinto delle persone che avevano bisogno di una visita medica o di altre cure mediche non le hanno ricevute e, quando è stato chiesto il perché, 9 su 10 hanno fornito una motivazione legata al COVID-19. Non essere in grado di pagare l'assistenza sanitaria si traduce spesso in un bisogno insoddisfatto. I casi arretrati relativi all'assistenza o all'assicurazione sanitaria sono particolarmente comuni tra i disoccupati, e la percentuale della popolazione con tali arretrati è aumentata drammaticamente tra marzo e luglio del 2020 (72).

Nell'affrontare l'accesso equo all'assistenza sanitaria, è importante trattare i problemi di accesso insieme alle molteplici dimensioni delle condizioni essenziali analizzate nella sezione 2. Ciò implica considerare i fattori domestici, organizzativi e sociali che influenzano il processo di soddisfazione dei bisogni di assistenza sanitaria (73). Per esempio, costruire la fiducia nella sicurezza e nella qualità dei servizi sanitari di base disponibili può ridurre i divari nell'accesso che derivano dal timore di ricevere cure di scarsa qualità o di contrarre infezioni associate all'assistenza sanitaria durante la pandemia e dopo, specialmente tra le persone che non hanno i mezzi finanziari per pagare i servizi sanitari privati. Un altro esempio è assicurarsi che le condizioni e gli standard di lavoro permettano una sufficiente flessibilità negli orari o nei turni di lavoro, in modo che i lavoratori possano accedere facilmente ai servizi di assistenza primaria, che di solito sono disponibili solo durante le ore d'ufficio. Questo punto è di ulteriore rilevanza per i genitori che lavorano e per i genitori single che devono tener conto dei bisogni supplementari dei loro figli in materia di salute.

È probabile che le disuguaglianze relative all'assistenza sanitaria digitale acquisiscano importanza man mano che i sistemi sanitari si spostano

verso strumenti socialmente distanziati come le tele-consulenze e altri interventi digitali. Le disuguaglianze digitali che contribuiscono alle condizioni precarie di salute comprendono la mancanza di accesso ai servizi sanitari digitali, la scarsa attenzione per la salute digitale e le barriere all'alfabetizzazione sanitaria digitale (74). Ridurre il *digital divide* sarà una priorità importante per i sistemi sanitari, in particolare puntando a fornire agli anziani la connettività, i dispositivi e le competenze per accedere all'assistenza sanitaria digitale.

Per contrastare il probabile aumento del carico di malattie mentali derivante dalla pandemia, il rafforzamento delle relazioni con il settore del volontariato può aiutare a stimolare il recupero della salute e la resilienza. Per esempio, un approccio al benessere della comunità – raggiunto attraverso l'aumento e il rafforzamento della fornitura di interventi di sostegno comunitario, utilizzando meccanismi di sostegno tra pari – può aiutare a costruire legami comunitari più forti e ad alleviare l'isolamento sociale, la solitudine e la depressione. Le disuguaglianze esistenti nell'accesso ai servizi di salute mentale dovrebbero essere esaminate in profondità per stabilire in che misura sono presenti barriere all'accesso e se queste riguardano uomini e donne in modo diverso a seconda dell'età.

Guardando oltre al settore sanitario formale, fornire supporto all'assistenza, comprese le cure palliative, per integrare il ruolo degli assistenti informali e non retribuiti può aiutare ad alleviare la pressione a cui sono sottoposti questi assistenti e i bisogni di assistenza non soddisfatti causati dal COVID-19. Si può pensare di estendere gli accordi finanziari e amministrativi per fornire il supporto del terzo settore e dell'assistenza comunitaria a coloro che hanno perso l'assistenza informale o hanno sviluppato nuovi bisogni di assistenza in seguito alla pandemia. Poiché le persone che prestano assistenza informale e non retribuita sono sovrarappresentate da donne e migranti, questi passi contribuiscono anche ad contrastare i divari di genere e di inclusione sociale che esistevano prima della pandemia e che da allora sono stati messi sotto ulteriore pressione. Un passo già compiuto dal Governo italiano è l'inclusione dei lavoratori migranti che forniscono assistenza personale nei diritti al sostegno governativo durante la crisi COVID-19, attraverso la regolarizzazione dei rapporti di lavoro precedentemente non dichiarati e la fornitura di permessi di lavoro per i lavoratori stranieri irregolari.

ii) Aiutare a proteggere le persone dai fattori di rischio e dai comportamenti dannosi per la salute

L'incidenza di malattie a lungo termine, come le malattie cardiovascolari e il diabete è maggiore tra le donne e gli uomini in condizioni disagiate, ed è stata associata a malattie più gravi da COVID-19. I primi risultati del rapporto mostrano che, in particolare, le donne con meno anni di istruzione hanno maggiori probabilità di riferire di avere una patologia cronica. Le donne anziane in età lavorativa dichiarano anche livelli più alti di sintomi depressivi rispetto agli uomini. Il legame tra la cattiva salute mentale e l'adozione di comportamenti dannosi per la salute fisica, come il fumo e il comportamento sedentario, genera il rischio di intensificare lo stato di scarsa salute e lo sviluppo di malattie croniche, comprese quelle associate a malattie gravi da COVID-19.

Gli interventi per la promozione della salute basati sulla comunità, specialmente quelli rivolti alle donne, possono essere una strategia efficace per contrastare l'intreccio dei fattori di genere e socioeconomici che hanno un impatto sui fattori di rischio e sui comportamenti dannosi per la salute. Tali interventi forniscono anche un'opportunità per rafforzare e riprogettare i servizi sanitari locali, aiutando a costruire una forte rete di servizi di base a livello di comunità locale. Infine, un'indagine nazionale condotta dall'INMP su 5038 strutture di accoglienza per migranti ha evidenziato il ruolo protettivo che il sistema di accoglienza italiano ha avuto nel limitare la probabilità di sviluppare e diffondere l'infezione da COVID-19 (75).

iii) Valorizzare il ruolo delle scuole nella promozione della salute e del benessere

L'analisi esposta nelle sezioni 1 e 2 ha documentato le disuguaglianze presenti nell'alimentazione, nel sovrappeso e nell'obesità, nell'attività fisica e nei comportamenti rischiosi per la salute. Laddove queste si combinano con le disuguaglianze in termini di interruzione dell'istruzione scolastica, della fornitura di pasti e dell'attività fisica all'aperto che portano a disuguaglianze nei comportamenti di salute e negli stili di vita dei bambini, gli interventi scolastici possono agire per alleviare queste disuguaglianze. Tali interventi comprendono il coinvolgimento attivo dei genitori e le azioni in grado di mettere in collegamento le famiglie in situazioni emarginate e vulnerabili con i servizi di supporto della comunità e la società in senso lato.

Le scuole possono anche svolgere un ruolo permettendo ai bambini e ai giovani, e alle ragazze in particolare, di acquisire un'educazione alimentare e di mantenere un'attività sociale e fisica. Consentire ai bambini di accedere ai propri gruppi di coetanei protegge e allevia la pressione sui bambini e sui giovani, in particolare in situazioni familiari

disagiate, stressanti, abusive o violente, oltre a permettere ai genitori (spesso in prevalenza donne) di riprendere il lavoro e l'attività sociale.

Gli istituti scolastici possono anche svolgere un ruolo molto più ampio e a lungo termine nel sostenere il benessere e le opportunità di vita dei più giovani. In linea con le priorità del Governo, l'espansione dell'istruzione tecnica per aumentare le competenze nel settore digitale e ambientale contribuirà ad aumentare la gamma di ruoli aperti ai giovani in Italia. Se il miglioramento dell'offerta di competenze può fornire una parte della soluzione per contrastare gli alti livelli di precariato dannosi per la salute tra i giovani, l'altra parte della soluzione richiede di affrontare il tema dell'offerta di lavori dignitosi a disposizione. Questa parte implica un'azione a sostegno della creazione di posti di lavoro da parte del Governo, dei principali datori di lavoro e delle istituzioni, ed è discussa più in dettaglio nelle sottosezioni seguenti.

iv) Costruire la fiducia attraverso una comunicazione chiara e trasparente

La fiducia tra le persone è un fattore chiave per il mantenimento del benessere della società. L'analisi di scomposizione presentata nella sezione 2 ha rilevato che le disparità nei livelli di fiducia erano un fattore importante che contribuiva al divario di salute preesistente la pandemia COVID-19.

Per tutte le iniziative di miglioramento della salute, il sostegno e l'impegno continuo dei cittadini sono essenziali. All'inizio della pandemia, la popolazione ha dimostrato un alto livello di fiducia nelle istituzioni coinvolte nel contenimento del COVID-19 in Italia, unitamente a un forte senso di responsabilità civica nel seguire le indicazioni delle istituzioni preposte alla salute pubblica. La fiducia nelle istituzioni è importante anche per garantire che le persone accedano all'assistenza sanitaria quando necessario. Molte persone sono rimaste con bisogni sanitari insoddisfatti non solo a causa della carenza di personale e di risorse dovuta al COVID-19, ma anche per paura dell'infezione. Questa situazione riflette in parte una mancanza di fiducia nella capacità delle istituzioni preposte alla salute, e di altri servizi pubblici come il trasporto pubblico, di proteggerle, permettendo loro di accedere a questi servizi in tutta sicurezza.

Comunicare con chiarezza e trasparenza sarà molto importante per mantenere l'adesione alle esigenze di distanziamento sociale nel lungo termine, come pure per evidenziare l'importanza di comportamenti sani in un modo che non faccia sentire le persone in colpa per fattori socioeconomici che sono al di fuori del loro controllo immediato. Per esempio, i programmi governativi che stimolano l'attività fisica possono essere in contraddizione con l'accesso limitato a spazi verdi sicuri

nei quartieri svantaggiati della città. Riconoscere questo dato di fatto – insieme all’investimento nella creazione di ambienti favorevoli alla salute – consentirebbe d’instaurare la fiducia necessaria verso queste iniziative di miglioramento della salute.

Dei consigli coerenti sulla salute pubblica, il coinvolgimento della comunità e la comunicazione strategica possono egualmente aiutare a fermare la diffusione di notizie infondate e disinformazione che potrebbero altrimenti ostacolare l’adozione dei consigli sulla salute pubblica. Idealmente, questo approccio di comunicazione chiara dovrebbe estendersi a tutti i settori della società e a tutte le fasce d’età, in modo da far fronte alle differenze esistenti nei livelli di fiducia.

Ridurre la povertà per migliorare l’equità in salute

RACCOMANDAZIONI PRINCIPALI

Il supporto al reddito sostenibile dovrebbe essere riprogettato per il lungo termine, anche dando la priorità all’uso efficiente delle risorse per agire su tutto il gradiente sociale, pur attuandolo a un livello e un’intensità proporzionati al bisogno, soprattutto alla luce dei crescenti impegni finanziari dovuti all’ampiezza dei programmi di ristoro del COVID-19.

Le disuguaglianze e la povertà legate al genere dovrebbero essere affrontate creando nuove forme di formazione ed opportunità professionali che tengano conto della dimensione del genere, che riducano la dipendenza dal lavoro informale, ampliando al contempo l’accesso all’assistenza all’infanzia, colmando i divari salariali tra i sessi e riducendo le disuguaglianze di risorse in seno alle famiglie.

L’analisi precedente mostra un gradiente per livello di istruzione nei livelli di disoccupazione in Italia, dato che il numero di uomini disoccupati con la sola scuola dell’obbligo è doppio rispetto a quello degli uomini con un’istruzione universitaria. Sebbene la disoccupazione giovanile sia diminuita, le tendenze in materia di occupazione temporanea indicano che i giovani finiscono per accettare lavori che non sono necessariamente sicuri o di buona qualità. Questa situazione è stata aggravata dalla pandemia di COVID-19, caratterizzata da un minor numero di posti di lavoro disponibili e di persone attive nel mercato del lavoro.

La disuguaglianza di reddito è peggiorata dalla recessione del 2008 e, come notato in precedenza, la ricerca sull’impatto della pandemia suggerisce che i livelli di occupazione e povertà sono stati interessati in modo significativo; le politiche già in atto in Italia possono però mitigare alcuni di questi effetti. Riflettere su come estendere e adattare tali politiche sarà importante per l’Italia in futuro, come pure far fronte alle

disuguaglianze di genere che potrebbero ostacolare la capacità delle donne di evitare alcuni dei peggiori impatti economici della pandemia.

i) Riprogettare il sostegno al reddito a lungo termine

Nel momento in cui l'Italia esce dalla fase acuta della pandemia, si rendono necessarie politiche di welfare più sostenibili e a lungo termine per sostenere coloro i cui mezzi di sussistenza sono stati pregiudicati. L'analisi di scomposizione nella sezione 2 mostra che, anche prima della pandemia, le disparità nella capacità di far quadrare i conti a causa della precarietà del reddito e di una protezione sociale inadeguata rappresentavano già il maggior singolo contributo al divario di salute delle cinque condizioni essenziali indagate. Inoltre, i tassi di povertà lavorativa erano già aumentati tra il 2008 e il 2018, con tassi di povertà lavorativa più elevati nell'Italia meridionale e insulare.

Le politiche che si ispirano ai principi del reddito di base universale — nel quadro di un modello a più livelli che opera in stretta complementarità con i servizi universali — possono contribuire a sostenere la costruzione di sistemi di welfare fondati sul principio dell'universalismo proporzionato. Esse possono fornire una stabilità del reddito di base che sia al tempo stesso resistente agli stress economici esterni e promotrice di salute, agendo su tutto il gradiente ma implementate ad un livello e ad un'intensità proporzionati al bisogno (76). Questo approccio proporzionato è particolarmente importante alla luce delle crescenti pressioni finanziarie derivanti dalla scala senza precedenti delle misure di sostegno al reddito e di ristoro, che richiedono la definizione delle priorità e un uso efficiente delle risorse.

ii) Contrastare le disuguaglianze di genere e la povertà

L'analisi di scomposizione presentata nella sezione 2 ha mostrato che, anche prima della pandemia, le disparità nell'occupazione e nelle condizioni di lavoro rappresentavano l'11% del contributo totale delle cinque condizioni essenziali al divario di salute.

Le donne erano sottorappresentate nel settore economico formale in Italia prima del COVID-19 e la pandemia ha probabilmente esacerbato questa tendenza attraverso il suo impatto sui settori del turismo e dell'assistenza, che tradizionalmente impiegano un'alta percentuale di donne e fanno ampio ricorso a forme di lavoro informale.

Le disuguaglianze di genere nei salari e nell'occupazione possono essere combattute attraverso un approccio di rilancio del mercato del lavoro che crei nuove opportunità di impiego in grado di ridimensionare la dipendenza dal lavoro informale per le persone che lavorano in settori

che sono scomparsi o sono state licenziate, ovvero riducendo questa tipologia di lavoro o fornendo incentivi per formalizzarlo. Garantire che questi nuovi posti di lavoro tengano conto della dimensione di genere e siano disponibili per coloro che si trovano in situazioni vulnerabili e isolate, comprese quelle a rischio di violenza e abusi, migliorerà la loro efficacia a lungo termine nel ridurre le disuguaglianze di genere e sociali.

Sul lato dell'offerta di lavoro, sforzi mirati possono rendere più facile per le donne rientrare nella forza lavoro, per esempio ampliando l'accesso all'assistenza all'infanzia, colmando i divari salariali di genere e incoraggiando le giovani donne a formarsi in discipline che danno sbocchi occupazionali in settori in cui c'è crescita. Questi interventi sono probabilmente utili per ridurre la portata delle disparità di reddito basate sul genere.

Anche nelle famiglie dove si condividono le spese, in cui la povertà di reddito non è evidente a livello familiare, se le risorse non sono condivise equamente, è più probabile che le disuguaglianze nella deprivazione materiale all'interno delle famiglie penalizzino le donne (77). Lo status lavorativo dei membri di una famiglia e il loro contributo al reddito comune sono determinanti importanti del divario di privazione di genere all'interno della famiglia. Ridurre questo tipo di disuguaglianza all'interno delle famiglie è una componente importante per ridurre i livelli complessivi di disuguaglianza in Italia.

Valorizzare l'equità in salute come motore e risultato del rinnovamento economico

RACCOMANDAZIONI PRINCIPALI

Il potere delle istituzioni di rivitalizzare le economie locali dovrebbe essere sfruttato attraverso iniziative di sostegno e investimenti nelle comunità da parte di istituzioni di riferimento, come ospedali pubblici, università e altri grandi datori di lavoro senza scopo di lucro.

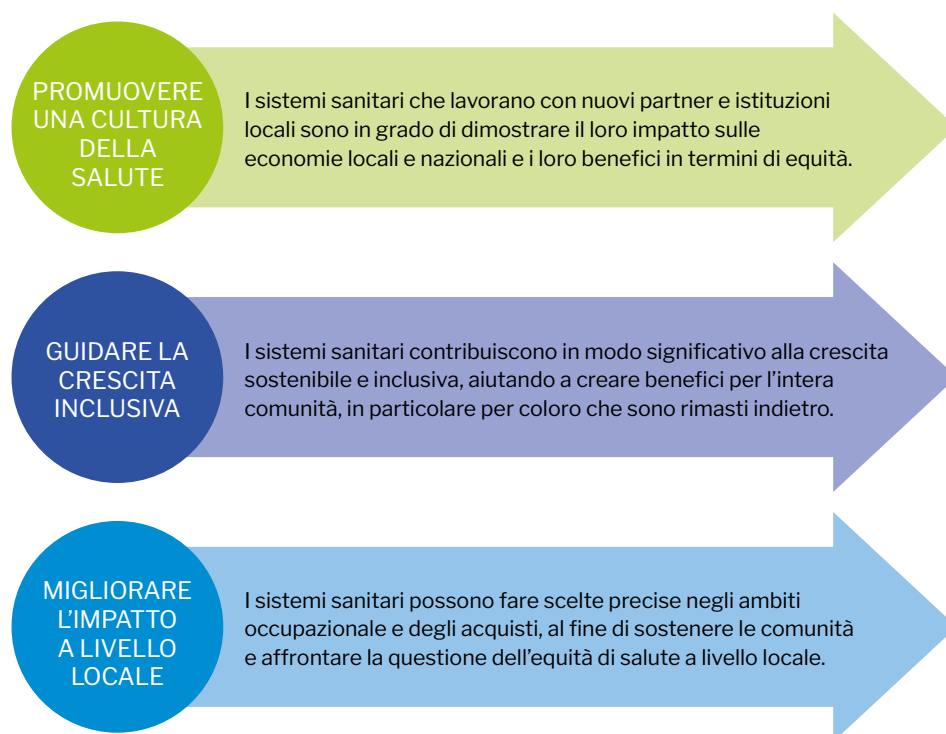
Le iniziative economiche di tipo partecipativo dovrebbero essere potenziate attraverso organizzazioni locali e gruppi di sostegno, per far fronte ai bisogni di salute non medici che derivano dall'isolamento sociale, dall'indebitamento e dalla perdita del lavoro, e sostenere le persone a trovare modalità di rientro nell'economia.

Il sistema sanitario dovrebbe essere utilizzato come un motore di crescita sostenibile, consentendo la creazione di impieghi produttivi e la formazione di capitale umano, oltre che contribuendo alla stabilizzazione e all'aumento del reddito delle famiglie.

Come sottolineato dalle priorità del Governo italiano esposte nel primo discorso parlamentare del Presidente del Consiglio (10), il probabile impatto duraturo delle restrizioni di distanziamento sociale

su settori chiave dell'economia italiana (come il turismo e il settore alberghiero) richiederà un'attività continua per sostenere la creazione di posti di lavoro. Questa azione può essere sostenuta a tutti i livelli, con la partecipazione dei principali datori di lavoro e istituzioni alle organizzazioni della comunità, come pure utilizzando la leva economica del sistema sanitario stesso (Fig. 3.3).

Fig. 3.3. I vantaggi di esaminare gli impatti economici e sociali dei sistemi sanitari



Fonte: Ufficio Regionale dell'OMS per l'Europa, 2019 (78).

i) Sfruttare il potere delle istituzioni

I grandi datori di lavoro e le grandi istituzioni possono essere incoraggiati a svolgere un ruolo strategico nella rivitalizzazione delle economie locali. Sfruttare il potere delle istituzioni di riferimento come gli ospedali pubblici, le università e altri grandi datori di lavoro senza scopo di lucro può dare un contributo significativo alla costruzione della ricchezza delle comunità attraverso iniziative locali in materia di acquisti e assunzioni, e persino tramite investimenti nelle comunità (79).

Di fronte agli impatti iniqui del COVID-19, gli importanti contributi delle iniziative di sostegno ai gruppi e alle comunità vulnerabili da parte delle istituzioni pubbliche e non profit esistenti dimostrano che il rafforzamento e il potenziamento di queste strutture e istituzioni possono permettere alla società di prepararsi a crisi future.

ii) Rafforzare le iniziative economiche gestite dalla comunità

Altre iniziative a livello di comunità – come la prescrizione sociale, che utilizza operatori di collegamento⁴ presso i centri sanitari per mettere in contatto gli individui con organizzazioni locali e gruppi di sostegno per far fronte ai bisogni sanitari non medici derivanti dall'isolamento sociale, dall'indebitamento e dalla perdita del lavoro – potrebbero altresì contribuire sostenendo le persone economicamente e socialmente escluse a trovare percorsi di rientro nell'economia. Ci sono evidenze che le iniziative di ascolto e i servizi di consulenza comunitari in materia di indebitamento, in particolare quelli costruiti sulla cooperazione tra organizzazioni professionali e di volontariato e le istituzioni finanziarie, possono aiutare le persone cadute in povertà a gestire il loro debito (81).

iii) Usare il sistema sanitario come motore di crescita sostenibile

La salute può svolgere il proprio ruolo di motore per la stabilità finanziaria e la ripresa sostenibile del mercato del lavoro, consentendo l'occupazione produttiva e la formazione del capitale umano, oltre a stabilizzare e aumentare il reddito delle famiglie (78). Le iniziative per rafforzare i servizi sanitari locali, come segnalato dal Governo italiano, hanno quindi il potenziale per beneficiare l'economia post-COVID in Italia, oltre a migliorare la gamma di servizi sanitari disponibili per la popolazione del Paese.

⁴ Gli operatori di collegamento sono professionisti non sanitari o di assistenza sociale afferenti all'assistenza primaria che sostengono le persone a sviluppare e raggiungere una serie personalizzata di obiettivi di salute e sociali impegnandosi con le risorse della comunità (80).

Sostenere lo sviluppo di un approccio integrato alla progettazione di politiche che migliorino l'equità

Il presente rapporto sostiene i recenti progressi della politica nazionale in materia di disuguaglianze di salute, che hanno aumentato la consapevolezza nel Paese della fattibilità e dell'impatto di strategie e azioni multisettoriali sulla salute e sulle disuguaglianze di salute. Mentre i dati disponibili da fonti nazionali ed europee hanno permesso l'analisi nella sezione 2 dei legami tra le disuguaglianze di salute e le condizioni essenziali necessarie per una buona salute, lo sviluppo di un approccio integrato al monitoraggio dei dati che colleghi i sistemi informativi e statistici sanitari e non sanitari permetterebbe un'ulteriore valutazione causale dell'impatto delle politiche sull'equità di salute per informare la progettazione delle politiche e la definizione delle priorità in futuro.

La crisi del COVID-19 ha evidenziato l'importanza di essere in grado di identificare, mitigare e prevenire i rischi per la salute e di stabilire le priorità e allocare le risorse in modo da proteggere dall'aumento delle disuguaglianze quando sono necessarie misure urgenti e i fondi sono limitati. Al di là del periodo di crisi acuta, l'equità in salute è centrale per raggiungere una ripresa e uno sviluppo sostenibili e inclusivi, non solo nell'immediato in risposta agli effetti della pandemia COVID-19, ma anche per costruire sistemi sanitari e sociali più resilienti per il futuro dell'Italia.

Come ha dimostrato questo rapporto dell'HESRi italiano, il raggiungimento di progressi verso l'equità in salute in Italia richiede l'adozione di un approccio multisettoriale per incoraggiare la collaborazione tra persone che lavorano in settori diversi. Un approccio che coinvolga solo il settore sanitario non riuscirà a contrastare pienamente le disuguaglianze di salute. Queste conclusioni e proposte forniscono un supporto ai decisori politici per intraprendere le misure atte a rimuovere le barriere e ricostruire una salute e un benessere migliori e più equi, in modo che ogni persona in Italia possa prosperare e crescere.

Riferimenti⁵

1. Health inequity and the effects of COVID-19: assessing, responding to and mitigating the socioeconomic impact on health to build a better future. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/338199>).
2. Understanding the drivers of health equity: the power of political participation. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/337952>).
3. Healthy, prosperous lives for all: the European health equity status report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/326879>).
4. Health equity policy tool. A framework to track policies for increasing health equity in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/346027>).
5. Costa G, Marra M, editors. L'equità in salute in Italia. Rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità [Health equity in Italy. Report on social inequalities in health care] (in Italian). Milan: Fondazione Smith Kline; 2014 (<https://www.fsk.it/le-pubblicazioni/collana-fondazione-smith-kline/lequita-nella-salute-in-italia-1-rapporto/>).
6. Carinci F, Caracci G, Di Stanislao F, Moirano F. Performance measurement in response to the Tallinn Charter: experiences from the decentralized Italian framework. *Health Policy* 2012;108(1):60–66.
7. National Agency for Regional Health Services (AGENAS). PNE National Outcomes Program – 2020 edition [website]. Rome: Ministry of Health of Italy; 2020 (<https://pne.agenas.it/>).
8. Evento. BES. 10 anni di misurazione del Benessere equo e sostenibile [Event. BES. 10 years of measuring fair and sustainable wellbeing] [website] (in Italian). Rome: National Institute of Statistics (ISTAT); 2021 (<https://www.istat.it/it/archivio/254271>).
9. Costa G, Baglio G, Costanzo G, Di Napoli A, Di Palma R, Eugeni E, et al. L'Italia per l'equità nella salute [Italy for health equity] (in Italian). Rome: Ministry of Health of Italy; 2017 (https://www.dors.it/documentazione/testo/201811/2017_italia%20equita_rapporto.pdf).
10. Le dichiarazioni programmatiche del Presidente Draghi [The programmatic statements of President Draghi] [website] (in Italian). Wednesday 17 February 2021. Rome: Italian Government Presidency of the Council of Ministers; 2021 (<https://www.governo.it/it/articolo/le-comunicazioni-del-presidente-draghi-al-senato/16225>).

5 Tutti i riferimenti sono stati visitati il 5 ottobre 2021.

11. Adult education level (indicator). Education at a glance: educational attainment and labour-force status. OECD Education Statistics [online database]. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2021 (<https://doi.org/10.1787/025421e5-en>).
12. Mackenbach JP. Should we aim to reduce relative or absolute inequalities in mortality? *Eur J Public Health* 2015;25(2):185 (<https://doi.org/10.1093/eurpub/cku217>).
13. Petrelli A, Frova L, editors. Atlante italiano delle disuguaglianze di mortalità per livello di istruzione [Italian atlas of mortality inequalities by education level] (in Italian). *Epidemiol Prev.* 2019;43(1)S1:1–120 (<https://epiprev.it/pubblicazioni/atlante-italiano-delle-disuguaglianze-di-mortalita-per-livello-di-istruzione>).
14. Petrelli A, Di Napoli A, editors. Salute degli immigrati e disuguaglianze socioeconomiche nella popolazione residente in Italia valutate attraverso la rete degli Studi Longitudinali Metropolitan [Immigrants' health and socioeconomic inequalities of overall population residing in Italy evaluated through the Italian Network of Longitudinal Metropolitan Studies] (in Italian). *Epidemiol Prev.* 2019;43(5-6)S1:1–80 (<https://epiprev.it/pubblicazioni/salute-degli-immigrati-e-disuguaglianze-socioeconomiche-nella-popolazione-residente-in-italia-valutate-attraverso-la-rete-degli-studi-longitudinali-metropolitani>).
15. European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC) [online database]. Luxembourg: Statistical Office of the European Union (Eurostat) (<https://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-union-statistics-on-income-and-living-conditions>).
16. Bambra C, Thomson K. Reducing inequities in health across the life-course. Transition to independent living – young adults. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/346035>).
17. Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia (PASSI): la sorveglianza Passi [Progress of the health authorities for health in Italy: PASSI surveillance] (in Italian). Rome: National Institute of Health (ISS); 2021 (<https://www.epicentro.iss.it/passi/>).
18. Multipurpose survey on households: aspects of daily life [online database]. Metadata years 2013–2018. Rome: National Institute of Statistics (ISTAT); 2021 (<https://www.istat.it/en/archive/129934>).
19. Casini L, Contini C, Caterina Marone E, Romano C. Food habits. Changes among young Italians in the last 10 years. *Appetite* 2013; 68:21–29 (<https://doi.org/10.1016/j.appet.2013.04.009>).
20. Bonaccio M, Di Castelnuovo A, Bonanni A, Costanzo S, Persichillo M, Cerletti C, et al. Socioeconomic status and impact of the economic crisis on dietary habits in Italy: results from the INHES study. *J Public Health* 2018;40(4):703–712 (<https://doi.org/10.1093/pubmed/fox144>).
21. Leguido-Quigley H, McKee M, Nolte E, Glinos I. Assuring the quality of health care in the European Union. A case for action. Observatory Studies Series, No. 12. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2008 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/107894>).
22. OECD Reviews of Health Care Quality: Italy 2014. Raising standards. Paris: OECD Publishing; 2015 (<https://doi.org/10.1787/9789264225428-en>).
23. Health for everyone? Social inequalities in health and health systems. OECD Health Policy Studies. Paris: OWCD Publishing; 2019 (<https://doi.org/10.1787/3c8385d0-en>).

24. PASSI and PASSI d'Argento National Working Group. PASSI and PASSI d'Argento and COVID-19 pandemic. First national report on results from the COVID module. Rome: National Institute of Health (ISS); 2020 (<https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/pdf2020/PASSI-PdA-COVID19-first-national-report-december-2020.pdf>).
25. Eurofound. Foundation findings. Household over-indebtedness in the EU: the role of informal debts. 3rd EQLS policy brief. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2013 (<https://www.eurofound.europa.eu/publications/foundation-findings/2013/quality-of-life/foundation-findings-household-over-indebtedness-in-the-eu-the-role-of-informal-debts>).
26. Eurofound. Addressing household over-indebtedness. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2020 (<https://www.eurofound.europa.eu/publications/report/2020/addressing-household-over-indebtedness>).
27. Peña-Casas R, Ghailani D. A European minimum wage framework: the solution to the ongoing increase in in-work poverty in Europe? In: Vanhercke B, Spasova S, Fronteddu B, editors. Social policy in the European Union: state of play 2020. Facing the pandemic. Brussels: European Trade Union Institute (ETUI); 2021:133–140 (<https://www.etui.org/sites/default/files/2021-01/09-Chapter7-A%20European%20minimum%20wage%20framework.pdf>).
28. WHO housing and health guidelines. Geneva: World Health Organization; 2018 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/276001/9789241550376-eng.pdf>).
29. Le persone senza dimora. Anno 2014 [Homeless people. 2014]. Rome: National Institute of Statistics (ISTAT); 2015 (https://www.istat.it/it/files/2015/12/Persone_senza_dimora.pdf).
30. Poggio T, Boreiko D. Social housing in Italy: old problems, older vices, and some new virtues? *Crit. Hous. Anal.* 2017;4(1):112–123 (<http://www.housing-critical.com/home-page-1/social-housing-in-italy-old-problems-older-vice>).
31. Caruso N. Housing policies in Italy: from social housing to neo-liberalism. In: Caruso N. Policies and practices in Italian welfare housing. Cham: Springer International Publishing AG; 2017:23–45 (<http://www.iut.nu/wp-content/uploads/2017/03/Housing-Policies-in-Italy.pdf>).
32. Friedli L. Mental health, resilience and inequalities. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2009 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/107925>).
33. Poverty, social exclusion and health systems in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2010 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/345466>).
34. Irwin LG, Siddiqi A, Hertzman C. Early child development: a powerful equalizer. Final report. Geneva: World Health Organization; 2007 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/69729>).
35. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789241563703_eng.pdf?sequence=1).
36. Engagement and participation for health equity. Reducing health inequities: perspectives for policy-makers and planners. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/352610>).
37. Uphoff EP, Pickett KE, Cabieses B, Small N, Wright J. A systematic review of the relationships between social capital and socioeconomic inequalities in health: a contribution to understanding the psychosocial pathway of health inequalities. *Int J Equity Health* 2013;12:54 (<https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-54>).

38. Boyon N. COVID-19 vaccination intent is decreasing globally [press release]. 5 November 2020. Paris: IPSOS; 2020 (<https://www.ipsos.com/en/global-attitudes-COVID-19-vaccine-october-2020>).
39. Eurostat. Average number of usual weekly hours of work in main job, by sex, professional status, full-time/part-time and occupation (hours). LFSA_EWHUIS; 1983–2020. LFS series – detailed annual survey results [online database]. Luxembourg: Statistical Office of the European Union; 2021 (https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/LFSA_EWHUIS__custom_731279/default/table?lang=en).
40. Burdorf A. The effect of high physical load at work on physical function at old age. *Occup Environ Med*. 2006;63(7):437 (<http://dx.doi.org/10.1136/oem.2006.027623>).
41. Russo A, Onder G, Cesari M, Zamboni V, Barillaro C, Capoluongo E, et al. Lifetime occupation and physical function: a prospective cohort study on persons aged 80 years and older living in a community. *Occup Environ Med*. 2006;63(7):438–442 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2092516/>).
42. Siegrist J. The effort-reward imbalance model. In: Cooper CL, Campbell Quick J. *The handbook of stress and health: a guide to research and practice*. First edition. Hoboken (NJ): John Wiley & Sons Ltd.; 2017:24–35 (<https://doi.org/10.1002/9781118993811.ch2>).
43. Eurofound. Long-term care workforce: employment and working conditions. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2020 (<https://www.eurofound.europa.eu/publications/customised-report/2020/long-term-care-workforce-employment-and-working-conditions>).
44. About the WHO-5 [website]. Region Hovedstadens Mental Health Services. Hillerød: Psykiatric Center North Zealand; 2019 (<https://www.psykiatri-regionh.dk/who-5/about-the-who-5/Pages/default.aspx>).
45. Brenner H. The impact of unemployment on heart disease and stroke mortality in European Union countries. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2016 (<https://publications.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/8e95d2e7-e422-4dd7-bc43-c2dc9f63f6d7/language-en>).
46. European Commission. Country factsheet: long-term unemployment in Italy. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2015 (<https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=14457&langId=en>).
47. Quinlan M. The effects of non-standard forms of employment on worker health and safety. *Conditions of Work and Employment Series No. 67*. Geneva: International Labour Office; 2015 (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---travail/documents/publication/wcms_443266.pdf).
48. Eurofound. Upward convergence in material well-being: is a COVID-19 setback inevitable? Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2020 (<https://www.eurofound.europa.eu/publications/policy-brief/2020/upward-convergence-in-material-well-being-is-a-COVID-19-setback-inevitable>).
49. COVID-19 health equity impact policy brief: informal workers. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/338203/WHO-EURO-2020-1654-41405-56445-eng.pdf>).
50. EUFRA, UNDP. The situation of Roma in 11 EU member states. Survey results at a glance. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2012 (https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/2099-FRA-2012-Roma-at-a-glance_EN.pdf).

51. Implications of COVID-19 pandemic on Roma and Travellers communities. Country research – Roma and Travellers Survey 2019. Vienna: European Union Agency for Fundamental Rights; 2020 (https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/it_report_-_COVID-19_impact_on_roma_en.pdf).
52. Carfi A, Bernabei R, Landi F, Gemelli Against COVID-19 Post-Acute Care Study Group. Persistent symptoms in patients after acute COVID-19. *JAMA* 2020;324(6):603–605 (<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2768351>).
53. Whitehead M, Barr B, Taylor-Robinson D. COVID-19: we are not “all in it together” – less privileged in society are suffering the brunt of the damage. *BMJ Opinion*; 22 May 2020 (<https://blogs.bmj.com/bmj/2020/05/22/COVID-19-we-are-not-all-in-it-together-less-privileged-in-society-are-suffering-the-brunt-of-the-damage/>).
54. Consolazio D, Murtas R, Tunesi S, Gervasi F, Benassi D, Russo AG. Assessing the impact of individual characteristics and neighborhood socioeconomic status during the COVID-19 pandemic in the provinces of Milan and Lodi. *Int J Health Serv.* 2021;51(3):311–324 (<https://doi.org/10.1177/0020731421994842>).
55. Colombo FR, Alicandro G, La Vecchia C. Area-level indicators of income and total mortality during the COVID-19 pandemic. *Eur J Public Health* 2021;31(3):625–629 (<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckab038>).
56. Di Girolamo C, Bartolini L, Caranci N, Moro ML. Socioeconomic inequalities in overall and COVID-19 mortality during the first outbreak peak in Emilia-Romagna Region (Northern Italy). *Epidemiol Prev.* 2020;44(5-6)S2:288–296 (<https://doi.org/10.19191/EP20.5-6.S2.129>).
57. ISTAT, Ministry of Health of Italy. Primi risultati dell'indagine di sieroprevalenza SARS-CoV-2 [First results of the seroprevalence study on SARS-CoV-2] (in Italian). Rome: National Institute of Statistics (ISTAT); 2020 (http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_4998_0_file.pdf).
58. Annual report 2020 – the state of the nation. Rome: National Institute of Statistics (ISTAT); 2020 (<https://www.istat.it/en/archivio/247100>).
59. Zengarini N. COVID-19 pandemic on mortality: time series analysis and social inequalities in Piedmont Region. Presented at the XLV Annual Conference of the Italian Association of Epidemiology, online, 26–30 April 2021.
60. Cuschieri S, Grech S. Obesity population at risk of COVID-19 complications. *Glob Health Epidemiol Genom.* 2020;5:E6 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33282327/>).
61. Patanavanich R, Glantz SA. Smoking is associated with COVID-19 progression: a meta-analysis. *Nicotine Tob Res.* 2020;22(9):1653–1656 (<https://doi.org/10.1093/ntr/ntaa082>).
62. Inciardi RM, Adamo M, Lupi L, Cani DS, Di Pasquale M, Tomasoni D, et al. Characteristics and outcomes of patients hospitalized for COVID-19 and cardiac disease in Northern Italy. *Eur Heart J* 2020;41(19):1821–1829 (<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa388>).
63. Marra M, Strippoli E, Costa G. Social inequalities during the COVID-19 pandemic in Piedmont Region: syndemic or expected? Presented at the XLV Annual Conference of the Italian Association of Epidemiology, online 26–30 April 2021.
64. Di Girolamo C, Landriscina T, Onorati R, Forni S, Falcone M, Gnani R, et al. Monitoraggio dell'impatto indiretto di COVID-19 sull'equità nell'assistenza ospedaliera [Monitoring the indirect impact of COVID-19 on equity in hospital care] (in Italian). *E&P Repository (Epidemiol Prev.)* 2021;19 February (<https://repo.epiprev.it/2286>).

65. De Lauso F, De Capite N, editors. Gli anticorpi della solidarietà. Rapporto 2020 su povertà ed esclusione sociale in Italia [The antibodies of solidarity. 2020 report on poverty and social exclusion in Italy] (in Italian). Rome: Caritas Italiana; 2020 (http://s2ew.caritasitaliana.it/materiali/Rapporto_Caritas_2020/Report_CaritasITA_2020.pdf).
66. Stime preliminari povertà assoluta e delle spese per consumi [Preliminary estimates of absolute poverty and consumption expenditure] [press release] (in Italian). 4 March 2021. Rome: National Institute for Statistics (ISTAT); 2021 (<https://www.istat.it/it/archivio/254440>).
67. Il mercato del lavoro 2020. Una lettura integrata [The labour market 2020. An integrated reading] (in Italian). Rome: National Institute for Statistics (ISTAT); 2021 (<https://www.istat.it/it/files//2021/02/Il-Mercato-del-lavoro-2020-1.pdf>).
68. Clark AE, D'Ambrosio C, Lepinteur A. The fall in income inequality during COVID-19 in five European countries. ECINEQ Working Paper Series 2020 565. Rome: Society for the Study of Economic Inequality (ECINEQ); 2020 (<http://www.ecineq.org/milano/WP/ECINEQ2020-565.pdf>).
69. Rapporto sulla stabilità finanziaria n. 1 – 2021 [Financial stability report, No.1 – 2021] (in Italian). Rome: Bank of Italy; 2021 (<https://www.bancaditalia.it/pubblicazioni/rapporto-stabilita/2021-1/index.html>).
70. Pellegrini M, Ponzo V, Rosato R, Scumaci E, Goitre I, Benso A, et al. Changes in weight and nutritional habits in adults with obesity during the “lockdown” period caused by the COVID-19 virus emergency. *Nutrients* 2020;12(7):2016 (<https://doi.org/10.3390/nu12072016>).
71. La “seconda ondata” della pandemia cala la fiducia in istituzioni ed esperti [The “second wave” of the pandemic is waning trust in institutions and experts]. Vicenza: *Observe Science in Society*; 2021 (<https://www.observe.it/la-seconda-ondata-della-pandemia-cala-la-fiducia-in-istituzioni-ed-esperti/>).
72. Dubois H, Leončikas T. Protecting access to healthcare during COVID-19 and beyond [blog post]. Eurofound blog post; 18 January 2021. Luxembourg: Publications Office of the European; 2021 (<https://www.eurofound.europa.eu/publications/blog/protecting-access-to-healthcare-during-COVID-19-and-beyond>).
73. Eurofound. Access to care services: early childhood education and care, healthcare and long-term care. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2020 (https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef20015en.pdf).
74. Crawford A, Serhal E/ Digital health equity and COVID-19: the innovation curve cannot reinforce the social gradient of health. *J Med Internet Res.* 2020;22(6):e19361.
75. Costanzo G, Di Napoli A, Cammilli M, Carletti L, Rossi A, Petrelli A, et al. Indagine nazionale COVID-19 nelle strutture del sistema di accoglienza per migrant [COVID-19 national survey in migrant reception system facilities] (in Italian). Rome: National Institute for Health Migration and Populations and the Fight against Poverty-related Diseases (INMP); 2020 (<https://www.inmp.it/ita/Pubblicazioni/Libri/Indagine-nazionale-COVID-19-nelle-strutture-del-sistema-di-accoglienza-per-migranti>).
76. Universal basic income policies and their potential for addressing health inequities. Transformative approaches to a healthy, prosperous life for all. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/346040>).

77. Karagiannaki E, Burchardt T. Intra-household inequality and adult material deprivation in Europe. CASE/218. London: London School of Economics Centre for Analysis of Social Exclusion; 2020 (<https://sticerd.lse.ac.uk/dps/case/cp/casepaper218.pdf>).
78. Economic and social impacts and benefits of health systems. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329683/9789289053952-eng.pdf>).
79. Overview. Anchor institutions [website]. Washington (DC): The Democracy Collaborative; 2019 (<https://community-wealth.org/strategies/panel/anchors/index.html>).
80. Kiely B, Clyne B, Boland F, O'Donnell P, Connolly D, O'Shea E, et al. Link workers providing social prescribing and health and social care coordination for people with multimorbidity in socially deprived areas (the LinkMM trial): protocol for a pragmatic randomised controlled trial. *BMJ Open* 2021;11(2):e041809 (<https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/11/2/e041809.full.pdf>).
81. European Commission DG Employment, Social Affairs & Inclusion. Towards a common operational European definition of over-indebtedness. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2008 (http://www.oee.fr/files/study_overindebtedness_en.pdf).

L'Ufficio Regionale dell'OMS per l'Europa

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) è un'agenzia specializzata delle Nazioni Unite creata nel 1948 con competenza primaria sulle questioni di salute internazionali e la salute pubblica. L'Ufficio Regionale dell'OMS per l'Europa è uno dei sei uffici regionali presenti in tutto il mondo, ciascuno dotato di un proprio programma orientato alle specifiche condizioni di salute del Paesi che serve.

Stati membri

Albania
Andorra
Armenia
Austria
Azerbaijan
Bielorussia
Belgio
Bosnia Erzegovina
Bulgaria
Croazia
Cipro
Cechia
Danimarca
Estonia
Federazione Russa
Finlandia
Francia
Georgia
Germania
Grecia
Islanda
Irlanda
Israele
Italia
Kazakistan
Kirghizistan
Lettonia
Lituania
Lussemburgo
Macedonia del Nord
Malta
Monaco
Montenegro
Norvegia
Paesi Bassi
Polonia
Portogallo
Regno Unito
Repubblica di Moldova
Romania
San Marino
Serbia
Slovacchia
Slovenia
Spagna
Svezia
Svizzera
Tagikistan
Turchia
Turkmenistan
Ucraina
Ungheria
Uzbekistan

World Health Organization Regional Office for Europe

UN City, Marmorvej 51,
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark
Tel.: +45 45 33 70 00 Fax: +45 45 33 70 01
Email: eurocontact@who.int
Website: www.who.int/europe

Numero documento:
WHO/EURO:2022-5210-44974-64023