

Obiettivo benessere

L'istruzione come uno dei
principali determinanti
sociali di salute

Raffaella Bucciardini
Istituto Superiore di Sanità



Il Concetto di Salute ha subito notevoli cambiamenti negli ultimi decenni in linea con gli avvenimenti storici che hanno caratterizzato il mondo e le comunità.

Il concetto di salute oggi adottato da tutto il mondo risale al 1948 quando, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha definito **la Salute “uno stato di completo benessere fisico, mentale, psicologico, emotivo e sociale” abbandonando il concetto di salute come assenza di malattia.**



Dichiarazione Universale di Alma Ata sull'Assistenza Sanitaria Primaria

Alma Ata, USSR 6-12 Settembre 1978¹

La Conferenza Internazionale sull'Assistenza Sanitaria Primaria, riunita ad Alma Ata il 12 settembre 1978, riconoscendo la necessità di un'azione urgente da parte di tutti i governi, di tutti gli operatori sanitari e dello sviluppo e di tutta la comunità mondiale di proteggere e promuovere la salute di tutti i popoli del mondo fa la seguente Dichiarazione:

I

La Conferenza riafferma con fermezza che la salute è uno stato di completo benessere fisico mentale e sociale e non soltanto assenza di malattia o di infermità - è un fondamentale diritto umano e che il raggiungimento del più alto livello possibile di salute è uno dei più importanti obiettivi sociali nel mondo, la cui realizzazione richiede l'azione di molti altri settori sociali ed economici oltre al settore sanitario.

La Carta di Ottawa per la Promozione della Salute

The Ottawa Charter for Health Promotion

1° Conferenza Internazionale sulla promozione della salute

17-21 novembre 1986

Ottawa, Ontario, Canada

Un'ulteriore pietra miliare che ha condizionato fortemente il concetto di salute è stata la pandemia dell'AIDS.

La pandemia dell'AIDS, oltre a evidenziare come i microrganismi non abbiano bisogno del passaporto per viaggiare e quanto la salute dall'essere umano sia legata ai fattori ambientali, sociali e culturali, ha chiaramente mostrato come la battaglia contro la malattia debba essere affrontata attraverso un'azione collettiva.

La lotta all'AIDS è stata caratterizzata da una mobilitazione globale non solo a livello di ricerca scientifica, ma anche nel campo della politica, dell'impegno economico e sociale, delineando chiaramente per la prima volta il concetto di **Salute Globale**.



La **“Salute Globale”** è il concetto di riferimento di un approccio alla salute che pone attenzione alle relazioni che intercorrono tra bisogni della popolazione mondiale, la diffusione delle malattie, la globalizzazione, la distribuzione delle risorse e la salute ambientale e animale.



Quaderno ASviS Goal3

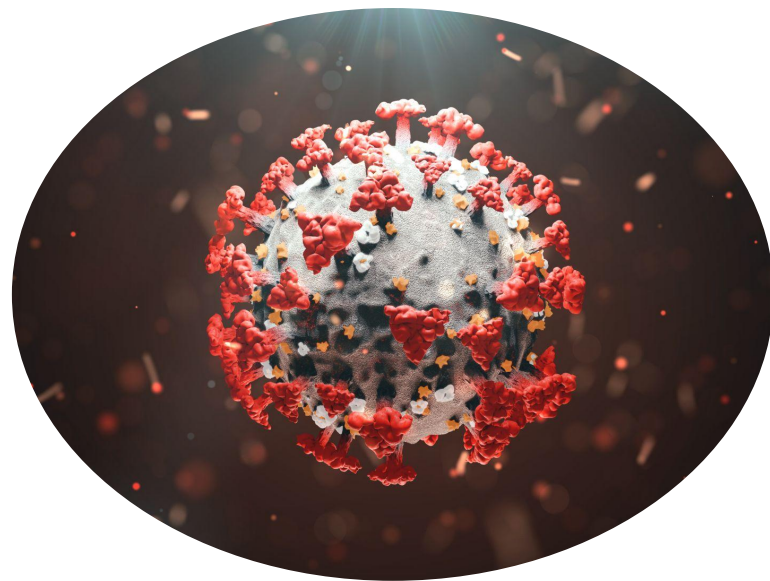
SALUTE GLOBALE E DETERMINANTI SOCIALI, AMBIENTALI, ECONOMICI.

Una nuova consapevolezza dopo la pandemia da COVID-19

Salute Globale e Pandemia da COVID-19

La **pandemia da COVID-19** rappresenta un chiaro esempio di quanto la tutela della salute vada oltre i confini territoriali di ogni singolo Paese e di quanto sia necessaria un'azione condivisa e globale per affrontare le sfide attuali e future.

Il concetto di una **Salute Globale Equa e Sostenibile** dovrebbe guidare le scelte sociali, economiche, ambientali che sono alla base degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile dell'Agenda 2030.



SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS



La Salute dipende solo in parte dalla disponibilità di servizi sanitari per la prevenzione e la cura delle malattie, ma è in larga misura legata al contesto economico, sociale e politico nel quale una persona nasce, vive e lavora.

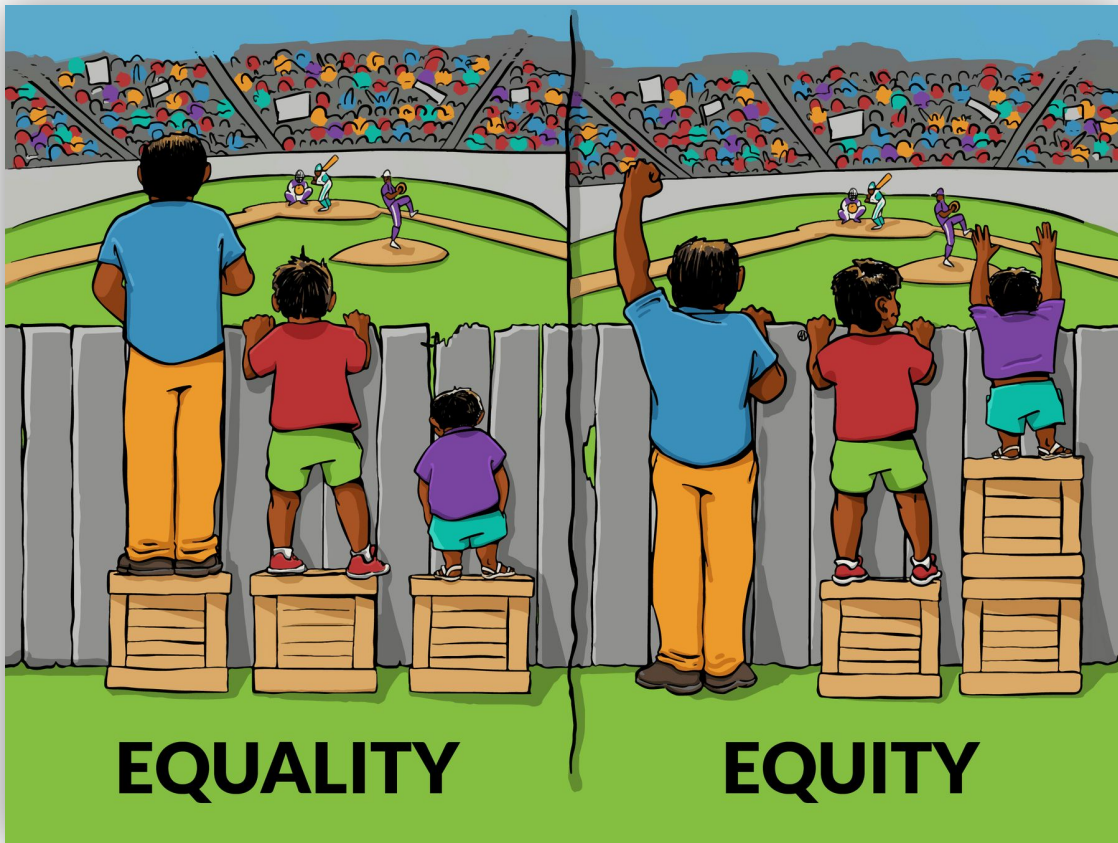
Le disuguaglianze sociali di salute, se non giustificate da un punto di visto biologico, possono essere definite differenze evitabili e ingiuste nello stato di salute e riconducibili ai determinanti sociali di salute.

Ci sono due ulteriori ragioni per promuoverne il contrasto:

- **L'articolo 32 della Costituzione italiana** riconosce la salute come diritto fondamentale, senza distinzione di condizioni individuali o sociali.
- Con **la Legge 23 dicembre 1978, n. 833** è stato istituito il servizio sanitario nazionale; con essa viene sancito il concetto di salute inteso come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività.

Determinanti della Salute e Determinanti Sociali di Salute

- Reddito e stato sociale (determinante sociale di salute)
- Reti di supporto sociale (determinante sociale di salute)
- Istruzione e alfabetizzazione (determinante sociale di salute)
- Occupazione/condizioni di lavoro (determinante sociale di salute)
- Ambiente fisico (determinante sociale di salute)
- Sviluppo sano del bambino (determinante sociale di salute)
- Biologia e genetica
- Servizi sanitari
- Genere

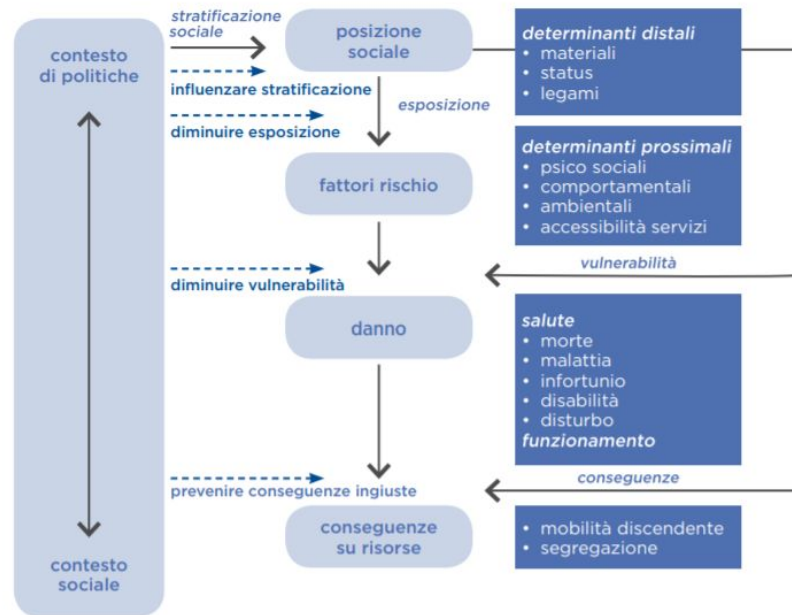


EQUALITY

EQUITY

I meccanismi che generano le disuguaglianze di salute: schema di Diderichsen

Figura 1 Schema esplicativo dei meccanismi di generazione delle disparità nella salute e dei relativi punti di ingresso per le politiche e gli interventi di contrasto.



Principali categorie che costituiscono il modello di Diderichsen

- 1. La posizione sociale.** È al livello della posizione sociale che si situano i determinanti sociali di salute (o i determinanti distali, cioè le **cause delle cause**) responsabili delle disuguaglianze sociali. Questi determinanti sono riconducibili in particolare alle risorse materiali, allo status sociale, ai legami sociali utili a soddisfare i propri bisogni.
- 2. I fattori di rischio.** La dose di esposizione ai fattori di rischio dipende dalla posizione sociale. Per fattori di rischio si intendono le caratteristiche di una persona che possono determinare un danno alla salute, aumentando la probabilità di insorgenza di una malattia ed esponendo il soggetto alla progressione di un problema di salute verso un esito sfavorevole. All'interno dei fattori di rischio si situano i determinanti prossimali (o mediatori), ad esempio **le condizioni di lavoro, i fattori psicosociali, le condizioni ambientali, gli stili di vita insalubri (fumo, alcol, sedentarietà) e l'accessibilità dei servizi sanitari.**

Costa G., Bassi M., Censini G.F., Marra M., Nicelli A.L., Zengarini N. (a cura di) *L'equità in salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità* Edito da Fondazione Smith Kline, presso Franco Angeli Editore, Milano, 2014

Principali categorie che costituiscono il modello di Diderichsen

- 3. Il danno di salute.** Comprende le caratteristiche della salute fisica, mentale e psicologica di un soggetto in un determinato contesto. Per misurare la frequenza di uno stato, una condizione o una malattia nella popolazione si utilizzano le misure di occorrenza: incidenza, prevalenza e letalità
- 4. Le conseguenze sociali sulle risorse.** Rappresentano quei processi di mobilità discendente o di segregazione causati dalle ripercussioni della malattia nella carriera professionale e sociale, che comportano una limitazione del livello di controllo sulle risorse, controllo che si sarebbe raggiunto in assenza del problema di salute.

Costa G., Bassi M., Censini G.F., Marra M., Nicelli A.L., Zengarini N. (a cura di) *L'equità in salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità* Edito da Fondazione Smith Kline, presso Franco Angeli Editore, Milano, 2014

Principali categorie che costituiscono il modello di Diderichsen

Le 4 categorie possono essere influenzate dal contesto sociale e dalle politiche attraverso quattro meccanismi (freccie linea continua):

- la stratificazione sociale
- l'esposizione
- la vulnerabilità
- le conseguenze della malattia

Al livello di ognuno di questi meccanismi si situa un punto potenziale di ingresso per le politiche e gli interventi finalizzati a contrastare gli effetti di quel determinato meccanismo (freccie tratteggiate):

- influenzare la stratificazione
- diminuire l'esposizione
- diminuire la vulnerabilità
- prevenire le conseguenze ingiuste

I meccanismi che generano le disuguaglianze sociali di salute: la posizione socio-economica

Il contesto socio-politico determina la stratificazione sociale delle persone.

È al livello della posizione sociale che si collocano i determinanti sociali della salute (o i determinanti distali, cioè le cause delle cause) responsabili delle disuguaglianze sociali.

Tali determinanti sono riconducibili in particolare allo stato socio-economico.

Punti di ingresso delle politiche per l'azione (che influenzano la stratificazione)

È possibile influenzare il processo di stratificazione sociale attraverso politiche economiche, sociali ed educative che diminuiscano le divisioni tra i diversi gruppi della società.

Agire sui determinanti sociali della salute è essenziale per influenzare la stratificazione sociale e le disuguaglianze sociali di salute associate

L'Istruzione

Cosa si sa

Effetto causale tra livello di istruzione e condizioni di salute:

il livello di istruzione predice il livello di salute.

Ampia letteratura scientifica mostra che le persone adulte con un più basso livello di educazione hanno maggiore probabilità di ammalarsi e di morire prematuramente.



La Posizione Lavorativa

Cosa si sa

C'è associazione tra posizione lavorativa e condizioni di salute: ampia letteratura scientifica mostra che le persone che occupano una posizione lavorativa più bassa hanno maggiore probabilità di ammalarsi e di morire prematuramente.

Essendoci un effetto causale tra livello di educazione e posizione lavorativa il livello di educazione predice la posizione lavorativa, per cui il livello di educazione risulta un fattore confondente dell'associazione tra posizione sociale e condizioni di salute. Molti studi hanno mostrato che l'associazione tra occupazione e salute scompare dopo aver introdotto l'istruzione nel modello.

Il Reddito

Cosa si sa

C'è associazione tra reddito e condizioni di salute: nella letteratura epidemiologica ed economica c'è consenso sull'associazione fra reddito e beni accumulati e disuguaglianze di salute.

Molti studi mostrano che le persone con un reddito più alto hanno minore probabilità di ammalarsi e di morire prematuramente.

I Fattori di Rischio

Cosa si sa

La stratificazione sociale (posizione sociale) influenza l'esposizione ai principali fattori di rischio per la salute, che intermediano l'effetto sulla salute dei determinanti sociali (determinanti prossimali o mediatori).

Ad esempio, le persone con una posizione sociale più bassa possono essere esposte a diete più povere rispetto a quelli economicamente più avvantaggiati, ad un consumo di tabacco più elevato, a stress psicologici più elevati e possono anche affrontare maggiori rischi ambientali.

Questo meccanismo ricade soprattutto sotto la responsabilità della sanità, in particolare della prevenzione

I Fattori di Rischio: Condizioni di Lavoro, Fattori Psicosociali

Ampia letteratura scientifica mostra che le condizioni di lavoro più rischiose per la salute si riscontrano soprattutto nell'ambito di attività (manuali e non) meno qualificate.

Le persone che occupano una posizione sociale più bassa sono maggiormente esposte ai fattori che determinano stress psicosociale: condizioni lavorative disagiati, difficoltà finanziarie, mancanza di supporto sociale.

I Fattori di Rischio: Accessibilità ai Servizi/Cure

Sulla base dell'evidenza scientifica, è possibile affermare che individui appartenenti alle classi sociali più basse

- hanno maggiore probabilità di ricevere assistenza sanitaria inadeguata (basso livello di qualità delle cure)
- ricorrono con minor frequenza a controlli sanitari e misure di prevenzione (vaccinazioni, screening)

I sistemi sanitari possono alimentare e rafforzare le disuguaglianze all'interno di una società o, all'opposto, rappresentare la piattaforma per promuovere l'equità. Tollerare un servizio sanitario che emargina alcune categorie di individui, equivale a legittimare l'esclusione sociale ed accettare l'inevitabilità delle disuguaglianze.

I Fattori di Rischio: Prima Infanzia

L'evidenza scientifica mostra che crescere un bambino in circostanze socio-economiche svantaggiate è associato ad effetti negativi sulla salute e lo sviluppo del bambino con ripercussioni sull'intero corso della vita.

Ciò che accade nella prima infanzia ha effetti duraturi su salute, benessere, successi scolastici e status socio-economico. Molti studi mostrano l'associazione tra condizioni di svantaggio nella prima età e maggiori rischio per la salute in termine di morbosità e mortalità.



Vulnerabilità

Cosa si sa

La posizione sociale influenza la distribuzione diseguale delle condizioni di vulnerabilità delle persone agli effetti sfavorevoli dei fattori di rischio sulla salute. Le persone più svantaggiate dal punto di vista socio-economico hanno maggiore probabilità di sviluppare esiti negativi per la salute, se esposti ai fattori di rischio.

Le persone con un livello di istruzione basso tendono ad essere esposte a molti fattori di rischio nel corso della loro vita come la povertà infantile, lo stress della disoccupazione e della povertà in età adulta, una vita malsana come il fumo e l'obesità, ecc.

È possibile intervenire attraverso azioni efficaci di prevenzione sui gruppi fragili e vulnerabili

Le Conseguenze Sociali della Malattia

Cosa si sa

La stratificazione sociale (posizione sociale) influenza in modo diseguale **la vulnerabilità delle persone alle conseguenze sociali della malattia**: questo significa che la compromissione dello stato di salute può avere conseguenze diverse sulla carriera sociale di un individuo, a seconda delle condizioni socio-economiche di partenza.

A questo punto si inserisce l'effetto di selezione, in quanto l'esperienza di malattia è in grado di invertire la direzione di marcia dell'ascensore sociale tra le persone malate a seconda della posizione socio-economica di partenza

È possibile intervenire attraverso azioni che ricadono nell'ambito della sanità (esempio esenzioni ticket per reddito) ma anche con politiche non sanitarie, come quelle del lavoro che si propongono di favorire l'inserimento lavorativo delle persone con limitazioni funzionali

L'Alfabetizzazione Sanitaria (Health Literacy)

Questo termine compare in letteratura nel 1974, in un articolo di S. Simmonds che, per la prima volta, correla il grado di educazione scolastica, il livello di comunicazione e informazione e le competenze sanitarie.

Con alfabetizzazione sanitaria (health literacy) si intende la “capacità di ottenere, elaborare e capire informazioni sanitarie di base e accedere ai servizi di salute in modo da effettuare scelte consapevoli”. In pratica essere in grado di acquisire, comprendere e utilizzare informazioni per la propria salute.

La health literacy implica il raggiungimento di un livello di conoscenze, di capacità individuali e di fiducia in se stessi tali da spingere gli individui ad agire per migliorare la propria salute e quella della collettività, modificando lo stile e le condizioni di vita personali. Pertanto, la **health literacy** non indica solo la capacità di leggere opuscoli e prendere appuntamenti, ma è un'importante strategia di *empowerment* che può migliorare la capacità degli individui di accedere alle informazioni e ai servizi, e utilizzarli in modo efficace

(Fonte: Who Health Promotion Glossary, 1998).

L'European Health Information Initiative (Ehii) dell'Oms Europa ha lanciato nel 2018 l'Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy (**M-Pohl**) allo scopo di realizzare periodicamente delle indagini conoscitive e comparative sul livello di *health literacy* nella popolazione adulta dei paesi europei.

Al network hanno aderito diversi Paesi europei tra cui l'Italia nominando l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) come referente scientifico e il Ministero della Salute come referente politico.

Health Literacy Population Survey Project 2019-2021 (HLS19)

è stato il primo progetto di M-POHL. Il suo scopo era misurare l'alfabetizzazione sanitaria della popolazione nel maggior numero possibile di Stati Membri della Regione Europea dell'OMS ([https://m-pohl.net/HLS19 Project](https://m-pohl.net/HLS19_Project)).

17 paesi della regione europea dell'OMS hanno partecipato; Austria, Belgio, Bulgaria, Repubblica Ceca, Danimarca, Francia, Germania, Ungheria, Irlanda, Israele, Italia, Norvegia, Portogallo, Federazione Russa, Slovacchia, Slovenia e Svizzera. nel progetto HLS19 nel periodo 2019-2021. L'Ucraina nel 2022 come paese di adesione tardiva.

L'Italia, ha condotto l' Health Literacy population based survey HLS19 nel 2021. L'indagine è stata condotta dall'ISS su un campione casuale, rappresentativo della popolazione generale residente in Italia di età uguale o superiore a 18 anni

Health Literacy population based survey HLS19

Metodologia

I dati sono stati raccolti attraverso l'utilizzo di un questionario standard, elaborato nell'ambito della rete internazionale M-POHL e tradotto in italiano.

L'indagine è stata svolta attraverso interviste telefoniche con metodologia multicanale integrata CATI (*Computer Assisted Telephonic Interview*): interviste telefoniche realizzate con il supporto del computer tramite un apposito software) e via web con metodologia CAWI (*Computer Assisted Web Interview*): interviste online).

Lo studio si è concentrato sull'alfabetizzazione sanitaria generale e su tipi specifici di alfabetizzazione sanitaria come l'alfabetizzazione sanitaria legata alla navigazione sul web, l'alfabetizzazione sanitaria relativa alla comunicazione con i medici, l'alfabetizzazione sanitaria digitale e l'alfabetizzazione sanitaria relativa alle vaccinazioni.

Health Literacy population based survey HLS19

Risultati

Il 23% degli intervistati **italiani** è risultato con una alfabetizzazione sanitaria (*health literacy*) **inadeguata**, il 35% o “problematica”, il 34% “sufficiente” e il 9% “eccellente”. Le rispettive medie del totale dei 17 paesi sono state il 13%, 33%, 40% e 15%.

L'Italia ha aggiunto un modulo dedicato all'emergenza della pandemia da Covid-19, per valutare quanto sia facile reperire, comprendere, valutare e prendere decisioni in base alle informazioni sulla salute disponibili. L'esito è stato che per il 6% del campione è “molto difficile”, per il 25% “difficile”, per il 52% “facile” e per il 17% “molto facile”.

Alfabetizzazione sanitaria generale

Lo studio ha riscontrato difficoltà dei partecipanti nel giudicare le diverse opzioni di trattamento farmaceutico o chirurgico, nell'utilizzare le informazioni dei media per prevenire le malattie e nel trovare informazioni su come gestire i problemi mentali.

Alfabetizzazione sanitaria legata al web

I partecipanti hanno trovato molto difficile comprendere le informazioni sulle riforme sanitarie, giudicare l'idoneità dei servizi sanitari, scoprire i diritti dei pazienti e giudicare l'estensione della copertura assicurativa sanitaria.

Alfabetizzazione sanitaria relativa alla comunicazione con i medici

Riscontrata una difficoltà generalizzata ad ottenere abbastanza tempo dai medici ed esprimere opinioni e preferenze personali. I partecipanti con una minore alfabetizzazione sanitaria hanno più contatti con medici di famiglia e servizi di emergenza.

Alfabetizzazione sanitaria digitale

Risulta difficile giudicare l'affidabilità delle informazioni, giudicare se le informazioni offerte nascondano interessi commerciali e utilizzare le informazioni ricevute per risolvere un problema di salute.

Alfabetizzazione sanitaria sulle vaccinazioni

Sono stati percepiti come compiti difficili giudicare di quali vaccinazioni si abbia bisogno e trovare informazioni “validate” sulle vaccinazioni.

Il Gradiente Sociale

Aspetti associati con una minore alfabetizzazione sanitaria:

- peggiore percezione del proprio stato di salute
- basso status socio-economico
- basso livello di istruzione, disagio economico
- minore attività fisica
- minor consumo di frutta e verdura
- minore percezione di sé stessi
- maggiori limitazioni nelle attività per problemi di salute/ malattie a lungo termine

In Italia, è risultata anche un'associazione con il genere: le donne risultano leggermente avvantaggiate rispetto agli uomini, mentre non ci sono differenze rispetto all'età, con un vantaggio dei giovani meno marcato rispetto a quanto accade in altre nazioni.

Raccomandazioni

1. Concentrare gli sforzi per consentire alle persone di accedere, comprendere, valutare e utilizzare al meglio le informazioni per rafforzare l'assistenza sanitaria, la prevenzione delle malattie e la promozione della salute.
2. Implementare una misurazione regolare e periodica dello stato e dei progressi dell'alfabetizzazione sanitaria nella popolazione.
3. Implementare in modo sistematico l'alfabetizzazione sanitaria nelle scuole, nella formazione degli adulti, nei media, ecc.
4. Individuare i gruppi a rischio per ridurre le disuguaglianze di alfabetizzazione sanitaria, ad es. per la salute mentale.

Raccomandazioni

5. Migliorare la comunicazione e l'interazione in contesti rilevanti per la salute.
6. Sviluppare la capacità di alfabetizzazione sanitaria della forza lavoro per migliorare la salute e il benessere.
7. Migliorare i sistemi e le organizzazioni sanitarie per renderli più attenti all'alfabetizzazione sanitaria, ad esempio, più facili da navigare.
8. Aumentare l'affidabilità dell'informazione e della comunicazione sulle vaccinazioni.



Bibliografia

1. Marmot M. Fair society, healthy lives. The Marmot review. Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010:
<http://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review/fair-society-healthy-lives-full-report-pdf.pdf>
2. Michael Marmot “La salute disuguale. La sfida di un mondo ingiusto” Il Pensiero Scientifico Editore, 2016.
3. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Lancet 2008;372:1661-9. doi:10.1016/S01406736(08)61690.
4. Joint Action coordinata dall’Istituto Superiore di Sanità –Joint Action Health Equity Europe (JAHEE):
<https://jahee.iss.it>.
5. Costa G., Bassi M., Censini G.F., Marra M., Nicelli A.L., Zengarini N. (a cura di) L'equità in salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità Edito da Fondazione Smith Kline, presso Franco Angeli Editore, Milano, 2014.
6. "L'Italia per l'equità nella salute":
<https://www.inmp.it/index.php/ita/Pubblicazioni/Libri/L-Italia-per-l-equita-nella-salute-Scarica-il-documento-tecnico>.
7. Health Inequalities AN INTERDISCIPLINARY EXPLORATION OF SOCIOECONOMIC POSITION, HEALTH AND CAUSALITY: https://www.allea.org/wp-content/uploads/2018/11/Health_Inequalities_Symposium_Report.pdf

Grazie!

Spazio alle domande



I prossimi appuntamenti

<https://formazione.deascuola.it/sostenibilita/>

Webinar

SOSTENIBILITÀ: PROTAGONISTI DEL
CAMBIAMENTO

**Parità di genere: strumento
di sviluppo e autonomia**

15 Marzo 2023, 17:00

con: Dora Iacobelli

[Iscriviti qui](#)

Webinar

SOSTENIBILITÀ: PROTAGONISTI DEL
CAMBIAMENTO

**Educare: la rete del sapere,
del saper fare, del saper
essere**

19 Aprile 2023, 17:00

con: Andrea Gavosto

[Iscriviti qui](#)