



**Miglioramento dell'equità nella salute
attraverso azioni condotte
lungo tutto il corso della vita**

**SINTESI DELLE EVIDENZE E DELLE RACCOMANDAZIONI DEL
PROGETTO DRIVERS**

*Italian translation verified by DoRS Regione Piemonte – Centro Regionale di
Documentazione per la Promozione della Salute www.dors.it*

*Traduzione italiana revisionata da DoRS Regione Piemonte – Centro Regionale di
Documentazione per la Promozione della Salute www.dors.it*



Questo documento di indirizzo politico fa parte di un gruppo di documenti realizzati nell'ambito del progetto DRIVERS (15), coordinato da EuroHealthNet e finanziato dal Settimo Programma Quadro dell'Unione Europea (7PQ/2007-2013), conformemente all'accordo di sovvenzione n. 278350.

Redazione/ A cura di:

Peter Goldblatt, Johannes Siegrist, Olle Lundberg, Claudia Marinetti, Linden Farrer, Caroline Costongs

Hanno collaborato:

Monica Åberg Yngwe, Kersti Bergqvist, Rebecca Ford, Stephanie Hagan, Hanno Hoven, Sian Jones, Yoline Kuipers, Mafalda Leal, Michael Marmot, Diego Montano, Joana Morrison, Clive Needle, Hynek Pikhart, Demetris Pillas, Milagros Ruiz, Ola Sjöberg, Anne Willmot

Pubblicato nell'ambito del progetto DRIVERS da:

UCL Institute of Health Equity
1-19 Torrington Place
London
WC1E 7HB
Regno Unito
Tel.: +44-20-7679 8351
E-mail: p.goldblatt@ucl.ac.uk

e:

EuroHealthNet
Rue de La Loi, 67
Bruxelles 1040
Belgio
Tel. +32 2 235 0330
E-mail: c.marinetti@eurohealthnet.eu

Gennaio 2015

Testo di riferimento consigliato:

Goldblatt P, Siegrist J, Lundberg O, Marinetti C, Farrer L & Costongs C (2015). Improving health equity through action across the life course: Summary of evidence and recommendations from the DRIVERS project. Relazione elaborata nell'ambito del progetto 'DRIVERS for Health Equity', <http://health-gradient.eu/>. Bruxelles: EuroHealthNet.

Per consultare il testo completo dell'autorizzazione, visitare:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>.



La ricerca che ha condotto a questi risultati è stata effettuata nell'ambito del progetto DRIVERS (<http://www.health-gradient.eu>) coordinato da EuroHealthNet e finanziato dall'Unione Europea (7PQ 2007-2013) conformemente all'accordo di sovvenzione n. 278350.

IL CONTESTO

La crescita economica, il processo di democratizzazione e il miglioramento delle condizioni di vita hanno contribuito ad innalzare i livelli di longevità e salute in Europa. Tuttavia, per quanto riguarda la salute, persistono differenze profonde e sistematiche che danno origine a un gradiente che percorre la società da cima a fondo, in tutti i paesi europei (1, 2). Queste disuguaglianze di salute sussistono da secoli e sebbene oggi siano ben note anche le cause, molte delle quali potenzialmente evitabili, le evidenze sulle azioni efficaci per una loro riduzione e per l'applicazione delle buone pratiche internazionali in un contesto europeo sono lacunose..

Il progetto DRIVERS ha l'obiettivo di comprendere meglio i rapporti esistenti a livello europeo fra alcuni dei fattori chiave che influiscono sulla salute di un individuo nel corso dell'intero ciclo di vita – prima infanzia, occupazione, protezione sociale e reddito – e di trovare soluzioni in grado di migliorare la salute e di ridurre le disuguaglianze di salute.

Il presente documento fornisce dapprima una panoramica del progetto DRIVERS e dei suoi risultati più significativi, per poi descrivere i principi fondamentali e le raccomandazioni volte a sostenere la riduzione delle disuguaglianze di salute in tutta Europa. L'allegato A riporta raccomandazioni più dettagliate, mentre l'allegato B presenta le osservazioni relative ai casi studio esaminati. DRIVERS intende garantire un'eredità duratura fornendo evidenze sull'implementazione di politiche e programmi che, nei diversi settori, siano efficaci nel ridurre le disuguaglianze di salute, migliorare la giustizia sociale e contribuire a un progresso economico e sociale vantaggioso per tutti.

I report precedenti in sintesi

Negli ultimi anni sono stati pubblicati numerosi importanti report che hanno raccolto le evidenze in questo ambito e indicato le misure che potrebbero migliorare l'equità nella salute. La *World Health Organization Commission on Social Determinants of Health* (La Commissione dell'OMS sui determinanti sociali di salute) (3) a livello mondiale, la *Fair society, healthy lives: the Marmot Review* (La Revisione Marmot: Società equa, vita sana) (4) in Inghilterra e la *Review of social determinants and the health divide in the WHO European region* (la revisione sui determinanti sociali e sul divario di salute nella Regione Europea dell'OMS) (1) hanno messo in evidenza l'importanza dei determinanti sociali di salute nel determinare sia i livelli generali di salute sia le disuguaglianze di salute, e le azioni raccomandate per migliorarli, sulla base delle evidenze disponibili. Per raccogliere una simile sfida occorrono però risposte strategiche coerenti da parte di tutta la società e dell'amministrazione pubblica. Molte delle azioni necessarie, infatti, esulano dal settore sanitario. Vi sono, tuttavia, importanti lacune informative riguardo al rapporto

fra i determinanti e i risultati di salute, poiché gli effetti dei determinanti si combinano e accumulano nel corso della vita,.

Nel 2009, la pubblicazione della Commissione europea *Solidarity in health: reducing health inequalities in the EU* (Solidarietà in materia di salute: riduzione delle disuguaglianze di salute nell'UE) (5) ha rappresentato un importante passo avanti nella risposta a tale sfida a livello europeo, nazionale e regionale. Da allora, la crisi finanziaria ha influito negativamente sui determinanti sociali di salute in molti paesi europei. Secondo il recente studio *Health inequalities in the EU* (Le disuguaglianze di salute nell'UE) (2), la crisi finanziaria degli anni 2007-2009 e le conseguenti misure fiscali hanno ridotto gli sforzi volti a contrastare le disuguaglianze di salute. Lo studio ha riscontrato che solo una piccola parte di paesi sembra aver affrontato tali disuguaglianze a livello nazionale, mediante espliciti piani d'azione interministeriali, mentre la maggioranza degli Stati ha elaborato delle politiche isolate che agiscono sui determinanti sociali di salute senza un approccio coordinato o addirittura non li contrastano affatto. Le iniziative europee, come Equity Action, hanno esaminato i possibili interventi strategici consentendo di elaborare una serie di strumenti e informazioni sulle modalità con cui le politiche nazionali e regionali possono tener conto dell'equità. Tuttavia, i risultati degli studi e di altri progetti non sono stati ampiamente implementati nel processo decisionale.

IL PROGETTO DRIVERS

DRIVERS (2012-2015) è un progetto di ricerca finanziato dal **Settimo Programma Quadro dell'Unione Europea**, che aveva l'obiettivo di individuare e colmare le lacune informative relative ai fattori che alimentano i tre determinanti sociali delle disuguaglianze di salute (come accennato in precedenza) e all'impatto che tali fattori hanno sulle disuguaglianze evitabili. Il progetto intendeva, inoltre, analizzare i metodi utilizzati per valutare questi effetti, al fine di migliorarli o elaborarne di nuovi, in modo da determinare meglio i differenti esiti delle politiche e dei programmi sull'equità nella salute.

DRIVERS ha:

- raccolto le conoscenze attuali e le teorie sperimentate sulle modalità con cui diversi fattori influiscono sulle disuguaglianze di salute nel corso dell'intera vita, utilizzando/revisioni sistematiche, metanalisi e analisi comparative di dati condotte negli Stati membri dell'UE;
- valutato le metodologie di ricerca esistenti e ne ha elaborate di nuove e più efficaci, per determinare i differenti esiti delle azioni di contrasto alle disuguaglianze di salute, attraverso l'utilizzo di serie di dati longitudinali;

- messo in atto diverse metodologie nei casi studio di tutta Europa, per integrare e mettere in evidenza i risultati delle ricerche;
- cercato di coinvolgere attivamente diversi portatori di interesse, al fine di beneficiare dei punti di vista di cittadini, operatori del settore e organizzazioni della società civile;
- pubblicato numerosi articoli accademici e relazioni ufficiali (6), organizzato workshop ed eventi conclusivi, divulgato ampiamente i risultati ad una vasta gamma di portatori di interesse;
- messo a punto una serie di principi fondamentali e di dettagliate raccomandazioni per la politica e la pratica, che vanno dagli interventi a livello individuale alle politiche europee, per ridurre le disuguaglianze di salute e aumentare l'equità .

RISULTATI PRINCIPALI

Sviluppo nella prima infanzia (7)

La prima infanzia è un periodo in cui possono nascere importanti disuguaglianze di salute.

Eventuali difficoltà in questa prima fase della vita, infatti, possono avere gravi ripercussioni negative su tutti gli ambiti di sviluppo del bambino: competenze cognitive, comunicative, linguistiche, sociali ed emotive.

Uno sviluppo non adeguato di tali competenze incide sensibilmente sui risultati raggiunti in tanti aspetti della vita futura. Le evidenze relative a questo ambito, tuttavia, provengono essenzialmente da un ristretto numero di Paesi europei ed extra-europei. Poco si conosce, invece, sul diverso impatto delle disuguaglianze sociali sulla salute e sullo sviluppo dell'infanzia in tutta Europa, su come i meccanismi volti a spiegare tali disuguaglianze operano in differenti circostanze, sugli esiti ottenuti nei diversi contesti da programmi e politiche finalizzati a ridurre le disuguaglianze sociali nella prima infanzia.

Per colmare queste lacune, è stata condotta una revisione sistematica delle disuguaglianze sociali nello sviluppo e nella salute della prima infanzia (8). Essa ha dimostrato che fattori quali il degrado del quartiere, il basso livello di benessere dei genitori, il loro livello di istruzione, la classe sociale e professionale, il loro elevato stress lavorativo dei genitori e la disoccupazione, la mancanza di un'abitazione di proprietà e la deprivazione materiale della famiglia sono associati ad una vasta gamma di esiti negativi in termini di salute e sviluppo del bambino (6). Queste associazioni erano simili in quasi tutti i paesi europei e presentavano solo lievi differenze nei singoli paesi. Inoltre, gli effetti degli esiti diventavano più evidenti con l'aumentare dell'età.

Una seconda revisione sistematica è stata, invece, condotta per individuare gli interventi in grado di migliorare la salute durante la prima infanzia (9). Essa ha esaminato interventi effettuati negli Stati membri dell'UE nel periodo 1999-2013 e ha riscontrato che la maggior parte degli interventi descritti nella letteratura scientifica sono stati attuati nel Regno Unito e nella Repubblica d'Irlanda e intendevano per lo più migliorare le capacità genitoriali attraverso il sostegno a entrambi i genitori; alcuni interventi disponevano, però, di componenti aggiuntive quali l'assistenza diurna, il miglioramento delle condizioni abitative, le terapie logopediche o psicologiche per i bambini. Gli esiti migliori sono emersi da programmi che fornivano sostegno intensivo, informazioni e visite domiciliari mediante un approccio psico-educativo, con l'intento di sviluppare le competenze genitoriali e dei bambini. Solamente due degli studi individuati sono stati effettuati in tutti i gruppi sociali, mentre tutti gli altri erano rivolti a bambini e famiglie residenti in zone svantaggiate.

Per approfondire questi risultati, sono state quindi effettuate analisi longitudinali utilizzando i dati sulle coorti di nascita di 12 Paesi europei (10). I risultati ottenuti dalla maggior parte delle coorti indicavano che i bambini nati da madri con bassi livelli di istruzione hanno avuto successivamente problemi di salute, la cui portata era tuttavia variabile. I risultati dalle coorti più ampie indicavano altresì che diversi fattori sociali influenzano il percorso verso una cattiva salute. Per esempio, è stato riscontrato che il reddito del nucleo familiare e il degrado del quartiere sono importanti determinanti dell'asma infantile, persino dopo l'aggiustamento per gli altri fattori di rischio individuali accertati in precedenza. Allo stesso modo, è stato rilevato che il disagio psicologico delle madri e lo svantaggio socio-economico nei primi anni di vita influiscono negativamente sulla salute mentale e sul benessere dei bambini.

In sintesi, queste conclusioni evidenziano quanto sia importante garantire l'accesso a una gamma completa di servizi di qualità per la prima infanzia, al fine di ridurre le disuguaglianze nella prima fase di sviluppo dei bambini, in particolare di coloro che vivono in contesti sfavorevoli. Per essere efficaci, i servizi devono essere universali ma attenti ai bisogni sociali ed economici e riconoscere conoscenze e capacità dei genitori riguardo allo sviluppo dei loro figli.

RISULTATI PRINCIPALI – OCCUPAZIONE E CONDIZIONI DI LAVORO

Occupazione e condizioni di lavoro (11)

L'occupazione e le condizioni di lavoro rivestono un'importanza fondamentale nella vita di molte persone e incidono sulla salute sia direttamente (p. es. se le condizioni sono buone o sfavorevoli) che indirettamente (p.es. attraverso il livello di reddito). Entrambi gli effetti seguono un

gradiente sociale: le persone con minori competenze o con una bassa posizione socio-economica hanno, infatti, maggiore probabilità di essere esposte a condizioni di lavoro sfavorevoli, di natura fisica o psicosociale, rispetto a coloro che hanno una qualifica professionale più elevata o provengono da un background socio-economico più elevato..

Sono state condotte diverse revisioni sistematiche per giungere a una base di conoscenze esauriente e aggiornata. In due revisioni è stato dimostrato che i dipendenti meno qualificati sono più esposti a rischi chimici e biologici e sono affetti con maggiore frequenza da patologie muscolo-scheletriche. E' stata condotta un'ulteriore revisione di 26 studi di coorte per valutare in che misura la presenza di condizioni psicosociali stressanti nell'ambiente di lavoro contribuisca alle disuguaglianze sociali nella salute. I risultati hanno sottointeso che impieghi con richieste elevate e bassi livelli di controllo e quelli caratterizzati da uno squilibrio fra l'impegno richiesto e i riconoscimenti ricevuti spiegavano in una certa misura il rapporto fra bassa qualifica professionale e aumento del rischio di malattie professionali (12).

Sono state infine effettuate analisi secondarie dei dati raccolti di recente a livello europeo, al fine di avvalorare ulteriormente le associazioni fra lavoro e disuguaglianze di salute. Una delle conclusioni più importanti è stato il rapporto quasi lineare tra la percentuale del PIL che un paese dedica alle politiche attive del mercato del lavoro che intendono integrare i gruppi di popolazione vulnerabili e il livello medio di lavoro stressante nell'ambito della forza lavoro impiegata del paese. Esso mostra come politiche del mercato del lavoro più sviluppate siano associate a livelli inferiori di lavoro stressante. Tali politiche sono meno sviluppate nei paesi meridionali e orientali, dove, inoltre, il carico di malattie lavoro-correlate è più elevato rispetto ai paesi occidentali e settentrionali (13).

Qual è il grado di efficacia degli interventi che intendono ridurre il gradiente sociale nella salute, contrastando le condizioni lavorative sfavorevoli? Le risposte a questa domanda sono state fornite da due revisioni sistematiche e metanalisi, la prima basata su 39 studi di interventi a livello di organizzazione e l'altra su 36 trial randomizzati controllati. Esse hanno dimostrato che gli effetti degli interventi a livello individuale e di organizzazione sono in genere limitati e coerenti e che i gruppi di lavoratori maggiormente esposti ai fattori di stress fisici e psicosociali sono sottorappresentati nella ricerca standard riguardante gli interventi sul luogo di lavoro (14).

In sintesi, DRIVERS mette in evidenza la necessità di migliorare la qualità del lavoro e dell'occupazione mediante misure strutturali a diversi livelli politici. Queste misure offrono promettenti punti di partenza per ridurre le disuguaglianze di salute tra la popolazione che lavora in tutta l'Europa.

RISULTATI PRINCIPALI - TUTELA DEL REDDITO E PROTEZIONE SOCIALE

Tutela del reddito e Protezione sociale (15)

Il reddito e le condizioni materiali di vita sono elementi importanti per la salute, e variano sensibilmente fra i diversi gruppi sociali. Le politiche di protezione sociale e gli accordi più ampi sul *welfare state* possono ridurre le conseguenze della perdita del reddito e pertanto sono potenzialmente utili anche per la riduzione delle disuguaglianze di salute. Tuttavia, la maggior parte delle ricerche che esaminano l'associazione fra sistemi di welfare e le disuguaglianze di salute si fonda su analisi che raggruppano i Paesi nelle cosiddette tipologie di regime di welfare, ovvero sulla base delle modalità di erogazione delle prestazioni previdenziali. Attraverso una raccolta delle evidenze, DRIVERS ha dimostrato che tale approccio determina risultati contrastanti e ambigui. È inoltre discutibile la rilevanza politica di queste analisi, poiché non si capiscono le ragioni per cui un gruppo di paesi vanta migliori condizioni di salute o livelli minori di disuguaglianze. Per contro, è più utile analizzare aspetti specifici delle politiche sociali (16).

A questo approccio sono seguite analisi empiriche che hanno utilizzato serie di dati di portata europea, quali la European Social Survey e EU-SILC, per esaminare e approfondire le conoscenze sulle modalità di interazione tra protezione sociale e disuguaglianze di salute. Una parte importante del lavoro è servita a fare chiarezza su due aspetti fondamentali dei programmi per l'erogazione di sussidi di disoccupazione, ossia la quota di persone attive nel mercato del lavoro coperte dal sussidio (*copertura*) e il livello di sussidi in relazione alle retribuzioni (*tassi di sostituzione*). In particolare, è stato dimostrato che tassi di sostituzione più elevati sono correlati ad una salute migliore e che tale rapporto è più forte in persone con un basso livello di istruzione sebbene valga soltanto per alti tassi di copertura e non in paesi con livelli medio - bassi. Ne consegue che i tassi di sostituzione sono importanti per la salute e le disuguaglianze di salute solo se i corrispondenti programmi di protezione sociale riguardano la quasi totalità delle persone (per esempio, nel caso dei sussidi di disoccupazione, almeno il 90%). È interessante notare come tali sussidi non siano un beneficio soltanto per i disoccupati, ma possono migliorare la qualità di vita anche delle persone che non ne usufruiscono (17).

Un altro studio ha dimostrato che politiche attive del mercato del lavoro ben definite e livelli elevati di sussidi di disoccupazione influiscono positivamente sulla salute auto-percepita dei giovani, benché non riescano a ridurre sensibilmente il gradiente sociale nella salute.

Considerata la forte incidenza della povertà sulle cattive condizioni di salute, un altro importante elemento delle politiche nazionali di welfare è il reddito minimo garantito. Uno studio basato su dati OCSE e su un'altra serie di dati, ha dimostrato che nei paesi con livelli più elevati di reddito minimo, i tassi di mortalità sono inferiori (18). Un altro studio, che ha utilizzato dati longitudinali, ha

dimostrato la rilevanza delle politiche di reddito in caso di uscita prematura dal mercato del lavoro, per esempio a seguito di grave malattia o invalidità.

Nel complesso, queste conclusioni sottolineano l'importante contributo apportato ai livelli di salute e alle disuguaglianze di salute dalle percentuali di *copertura* e dai *tassi di sostituzione*, soprattutto se associati a politiche di protezione sociale e a politiche attive per favorire l'inserimento (o il reinserimento) nel mercato del lavoro.

CASI STUDIO

Nell'ambito del progetto DRIVERS sono stati condotti 19 casi studio in tutta Europa (19): 14 per mettere maggiormente in luce i risultati sopra citati e cinque per contribuire ad una maggiore conoscenza della evidenze relative all'advocacy per l'equità nella salute, un altro ambito esaminato a fondo durante il progetto. Questi studi sono stati realizzati in stretta collaborazione con partner provenienti dal settore della sanità pubblica, dalla società civile e dal mondo dell'impresa e hanno contribuito a fornire informazioni sul contesto e sul modo in cui gli interventi e le politiche sono percepiti dalle persone più direttamente interessate, nonché a elaborare raccomandazioni pratiche su come intervenire sui tre 'temi-chiave' di DRIVERS, in modo da contribuire ad una maggiore equità nella salute.

Obiettivi specifici:

- individuare e descrivere gli interventi nella prima infanzia in grado di ridurre le disuguaglianze che pesano sulla salute e lo sviluppo dei bambini;
- valutare i potenziali benefici psico-sociali e sulla salute dei programmi di riqualificazione professionale e di rientro al lavoro, in Svizzera e nel Regno Unito;
- esaminare le percezioni e le esperienze delle persone che accedono ai sistemi di protezione sociale e l'impatto di tali sistemi sulle disuguaglianze di salute..

Principali osservazioni:

- **Fornire servizi flessibili, attività pedagogiche/educative** e giochi strutturati, con la supervisione di un team pluridisciplinare, adeguati per bambini nei primi anni di vita e per le loro famiglie, permette uno sviluppo sano, soprattutto dove tali servizi scarseggiano. Tutti i genitori e i bambini dovrebbero avere a disposizione una gamma completa di servizi per la prima infanzia, con un supporto su misura fornito in base alle specifiche esigenze e che inizia già nel periodo della gravidanza. Il sostegno supplementare su misura potrebbe ridurre le disuguaglianze sociali nella prima infanzia.

- **Le politiche sociali e del mercato del lavoro, unitamente ai programmi delle agenzie specializzate**, possono migliorare con successo le possibilità dei gruppi a rischio e socialmente svantaggiati di trovare un impiego in linea con le loro capacità. I datori di lavoro possono giocare un ruolo importante in questo senso, spinti da una propria motivazione personale o dalle prescrizioni normative. Tali miglioramenti possono ridurre le disuguaglianze sociali e di salute affrontate da questi gruppi.
- **I sistemi di protezione sociale sono risorse essenziali**; ridotti livelli di copertura e tassi di sostituzione possono influire negativamente sui gruppi più svantaggiati e sulla loro salute. Per accedere ai servizi, le persone con esigenze complesse possono aver bisogno di un sostegno specifico e personalizzato. I cittadini devono essere consapevoli del fatto che, in caso di circostanze avverse, possono fare affidamento sulla protezione sociale per cercare di mantenere uno standard di vita sano. L'*interfaccia* fra chi accede ai servizi di protezione sociale e il personale a contatto con il pubblico è fondamentale per aumentare l'utilizzo dei servizi e ridurre le barriere di accesso.

SINERGIE ED ELEMENTI METODOLOGICI IN COMUNE

1) **I tre team di ricerca hanno utilizzato dati comparativi riguardanti un vasto numero di Paesi europei**, ampliando la base di conoscenze sui determinanti sociali di salute, sinora limitata ai pochi Paesi europei che avevano fornito le evidenze empiriche più forti (6). Queste nuove evidenze hanno conseguenze dirette sulle politiche a livello europeo e nazionale poiché le avversità sociali sono di norma più accentuate nei paesi con dati e analisi meno sviluppate.

2) I team di ricerca, **ricorrendo ai più recenti progressi nell'analisi statistica** (p. es. modellizzazione multilivello), hanno messo in luce il forte impatto del contesto sociale generale sulla salute dei singoli, in aggiunta e a prescindere dalle circostanze apparentemente più "pertinenti", analizzate principalmente negli studi tradizionali sulle disuguaglianze di salute. Estendere l'ambito di analisi a contesti sociali più ampi ha conseguenze di vasta portata per l'elaborazione di politiche intersettoriali e trasversali. In particolare, evidenzia la necessità di approcci e interventi plurisettoriali e intersettoriali per migliorare l'equità nella salute.

3) Ogni team di ricerca ha generato una base di conoscenze aggiornata mediante una combinazione di revisioni sistematiche e analisi dei dati. In tal modo, sono state individuate le principali lacune nella ricerca e nelle conoscenze che hanno consentito di elaborare raccomandazioni su come migliorare e far progredire la ricerca e di produrre risultati scientifici innovativi. Per esempio, sono stati individuati nuovi aspetti relativi alle politiche per il *welfare state*

e alle condizioni psico-sociali stressanti nell'ambiente di lavoro, stabilendo nuove associazioni con le disuguaglianze di salute.

4) Dalle revisioni sistematiche degli interventi è risultato ovvio che i trial randomizzati controllati (RCT) svolgono un ruolo limitato nella valutazione dei principali interventi di sanità pubblica riguardanti la salute della popolazione e i suoi determinanti. Ciò risulta evidente anche se si prendono in considerazione modelli più ampi di valutazione delle politiche. Insieme agli RCT é pertanto necessario implementare e sviluppare approcci complementari per costruire la base delle conoscenze scientifiche.

Alcuni di questi approcci complementari volti a valutare il ruolo dei determinanti e l'efficacia degli interventi sono stati studiati analizzando i dati longitudinali e attraverso i casi studio, nei quali sono stati utilizzati metodi qualitativi come i focus group e le interviste.

Complessivamente, i team di ricerca hanno prodotto nuove evidenze sui gradienti sociali della salute diffusi in tutta Europa. Tali gradienti sono esaminati lungo tutto il corso della vita: concepimento, prima infanzia, vita lavorativa, formazione della famiglia, e così via sino alla pensione. Esse mostrano come coloro che vivono in condizioni meno privilegiate godono di una salute peggiore rispetto a coloro che si trovano in condizioni di maggiore privilegio. Oltre ai gradienti sociali della salute nell'intera società, è stato riscontrato che alcuni gruppi di popolazione più vulnerabili e più svantaggiati, presentano condizioni di salute particolarmente sfavorevoli e hanno bisogno di un maggiore sostegno.

CONCLUSIONI

DRIVERS ha valutato diffusamente e in modo critico il corpus di evidenze esistenti, attraverso una serie di revisioni sistematiche e di nuove analisi dei dati. Grazie a quanto descritto in precedenza, è stato possibile mettere a frutto le precedenti ricerche e raccomandazioni per la revisione delle politiche. Di particolare importanza in questo senso sono le raccomandazioni della Revisione Europea dell'OMS (1). Alcune di queste riguardano direttamente i tre ambiti di interesse di DRIVERS e ispirano le raccomandazioni riportate nelle pagine successive.

Una conclusione generale rispetto alla ricerca nei tre ambiti di interesse di DRIVERS è di migliorare la salute e ridurre le disuguaglianze di salute per permettere ad ogni cittadino di accedere a servizi di qualità e ai sistemi di protezione sociale. L'obiettivo dovrebbe essere quello di fare in modo che tutti, in tutta Europa, possano vivere una prima infanzia di buona qualità e

possano godere di condizioni di vita e di lavoro altrettanto buone. Le politiche, le pratiche e i servizi dovrebbero essere di tipo universale e con un livello di intensità in linea con i bisogni sociali e di salute. Dovrebbero, inoltre, comprendere un sostegno personalizzato specifico per chi ne ha più bisogno: dovrebbero, cioè, essere “adatti allo scopo”. In ogni fase della vita, dovrebbero essere attuate azioni preventive che consentano alle persone di crescere bene, con livelli di salute e benessere migliori in tutti i segmenti della società, attraverso politiche appropriate al contesto e basate su attività sociali. In generale, l'erogazione di servizi dovrebbe avere l'obiettivo di essere “adeguata già al primo tentativo”, evitando così la necessità di interventi onerosi in futuro. Per sfruttare al meglio le risorse occorrono efficaci approcci intersettoriali e interagenzie.

DRIVERS rafforza il concetto che molte delle cause delle disuguaglianze di salute sono potenzialmente evitabili; tali cause, infatti, riguardano sia le condizioni di vita quotidiana (le circostanze in cui le persone nascono, crescono, vivono, lavorano, invecchiano) sia le condizioni strutturali presenti in una società, che determinano condizioni di vita non eque e compromettono le possibilità di condurre una vita in buona salute (3).

Questi fattori contribuiscono, inoltre, alla trasmissione intergenerazionale delle disuguaglianze, dei comportamenti e degli stili di vita che influiscono sulla salute. Occorre certamente affrontare in modo diretto questi assetti e condizioni della vita quotidiana, ma serve anche una valida risposta politica alle diverse conseguenze che emergono in tutti i gruppi sociali e nell'intero arco della vita. DRIVERS segnala la necessità di un accesso universale ma anche di un approccio specifico alle varie forme di svantaggio.

RACCOMANDAZIONI

La sfida di ridurre le disuguaglianze di salute può essere affrontata solamente con risposte politiche coerenti in tutti i settori della società e dell'amministrazione pubblica (20). Come osservato in precedenza, solo pochissimi Stati Membri dell'UE hanno sinora affrontato le disuguaglianze di salute attraverso chiare azioni di governo (2). DRIVERS ha consentito una migliore comprensione dei rapporti fra i tre ambiti-chiave esaminati all'interno del progetto identificando soluzioni politiche e pratiche coerenti. Il progetto DRIVERS ha, inoltre, analizzato le modalità con cui migliorare l'efficacia delle azioni di advocacy per l'equità nella salute, affinché le evidenze scientifiche siano utilizzate maggiormente nell'elaborazione e nell'implementazione delle politiche.

Le raccomandazioni sono state suddivise secondo quattro principi generali:

- 1. accesso universale**
- 2. azioni di contrasto alle situazioni di svantaggio**

3. integrazione del contesto e rispetto dei diritti

4. politiche basate sulle evidenze.

I primi due principi rispecchiano la necessità di affrontare diversi tipi di rischio associati a due aspetti differenti delle disuguaglianze di salute: il gradiente sociale generale e i molteplici svantaggi vissuti da una piccola parte della popolazione. Pertanto, è più probabile che l'universalismo si ottenga tramite una serie di programmi diversi che coprono queste due dimensioni combinate tra loro. Gli ultimi due principi affrontano questioni riguardanti la base di conoscenze e l'attuazione di politiche e programmi. La finalità, è di porre l'accento sul modo in cui gli interventi in tutte le aree sono correlati tra loro e su come produrranno vantaggi più a lungo termine nell'intero arco di vita, se attuati insieme nell'ambito di una strategia sociale coerente.

Accesso universale

L'accesso universale a servizi e ammortizzatori sociali di alta qualità per l'occupazione e la prima infanzia contribuisce a prevenire gli svantaggi e a promuovere la salute. Per esempio, investire nelle politiche del mercato del lavoro dovrebbe migliorare le prospettive di occupazione per tutti, attraverso programmi attivi del mercato del lavoro e la promozione di un lavoro di qualità. Per contro, i servizi mirati non sono sufficienti a ridurre le disuguaglianze di salute e possono facilmente essere etichettati in "servizi scadenti destinati a persone indigenti".

Consigliamo di:

- **promuovere servizi affidabili e di qualità per il periodo pre-natale e la prima infanzia**, unitamente a politiche di supporto all'occupazione e a servizi di sostegno genitoriale e familiare, per aiutare i genitori a coniugare gli impegni professionali con le responsabilità genitoriali;
- **istituire una serie completa di misure** volte a promuovere condizioni lavorative eque, affrontando le difficoltà correlate all'occupazione e al lavoro, le condizioni psicosociali stressanti dell'ambiente di lavoro e i tradizionali rischi professionali;
- **garantire la disponibilità di posti di lavoro** e che le retribuzioni forniscano un reddito sufficiente per una qualità di vita decorosa;
- **dare priorità ad un adeguato sostegno in termini di protezione sociale**, per singoli e famiglie, attraverso stanziamenti di bilancio e agevolazioni fiscali;
- **incrementare la copertura e la gamma** di pacchetti di misure per la protezione sociale e di politiche attive del mercato del lavoro, in modo che possano beneficiarne tutti, in particolare le persone più vulnerabili e indigenti.

RACCOMANDAZIONI

Azioni di contrasto alle situazioni di svantaggio

L'esposizione alle difficoltà e l'accumulo di fattori di protezione (competenze, denaro e altre risorse) nell'intero arco della vita seguono un gradiente sociale. Per esempio, il vantaggio sociale è associato ad un'esposizione meno favorevole e a un maggiore accumulo di fattori di protezione durante tutto il corso della vita. La trasmissione intergenerazionale delle disuguaglianze ai figli è un fattore - chiave che contribuisce a tali disuguaglianze. Gli individui e i gruppi che nella vita devono affrontare numerosi svantaggi e processi di esclusione diventano particolarmente vulnerabili a cattive condizioni di salute. Quanto più grandi sono gli svantaggi vissuti, tanto più intensi saranno gli sforzi richiesti sia per cercare opportunità di vita simili a quelle dei gruppi più avvantaggiati, sia per affrontare gli specifici rischi non gestiti in maniera adeguata dai sistemi universalistici, cioè indirizzati a tutta la popolazione. Spesso, le condizioni che sono alla base di strategie universali creano barriere che impediscono l'accesso ai gruppi più vulnerabili.

Consigliamo di:

- **garantire che l'assistenza e l'istruzione nella prima infanzia siano al contempo universali e ritagliate ad hoc secondo i bisogni sociali**, al fine di ridurre le disuguaglianze sociali nella salute e nello sviluppo dei bambini; questo include, eventualmente il garantire sostegno e servizi personalizzati;
- **individuare precocemente le famiglie a rischio di precarie condizioni di salute**, indirizzandole ai servizi appropriati e facendo tutto il possibile per promuovere l'inclusione sociale dei bambini più vulnerabili e a rischio di esclusione;
- **aumentare la specificità degli interventi sul luogo di lavoro** per migliorare gli squilibri tra impegno/riconoscimento e richiesta/controllo e indirizzare tali interventi ai gruppi con basse qualifiche professionali che, nelle economie moderne, hanno maggiori probabilità di vivere situazioni di stress lavorativo;
- **creare servizi di assistenza sanitaria sul luogo di lavoro**, finanziati con fondi pubblici, che diano priorità ai gruppi occupazionali svantaggiati e che siano indipendenti dai datori di lavoro; questo, prevederà, quindi, anche una maggiore integrazione dei lavoratori diversamente abili e affetti da patologie, ricorrendo a modelli basati sulle evidenze;
- **accertarsi che, all'interno di un sistema universale** di protezione sociale, ai cittadini siano offerti diversi tipi di sostegno a seconda del tipo e del livello di rischio affrontato, compresi i programmi per il trasferimento di denaro di vario genere (su base contributiva e con garanzia di un reddito minimo), l'accesso a prestazioni previdenziali di qualità e una gamma esauriente di programmi attivi per il mercato del lavoro;

- stimolare l'accesso - e l'utilizzo - dei servizi di protezione sociale, ossia garantire un sostegno a singoli e a gruppi con esigenze complesse o gravi difficoltà ad accedere a quei servizi di protezione sociale a cui hanno diritto e garantire al personale a contatto con il pubblico la formazione necessaria per trattare i clienti in modo adeguato e professionale.

RACCOMANDAZIONI

Integrazione del contesto e rispetto dei diritti

L'Europa è un continente caratterizzato da contesti nettamente differenti che fanno riferimento, fra l'altro, a culture, norme, strutture sociali, geografia, governance, erogazione di servizi di sostegno e assistenza altrettanto differenti. Le persone sono esposte a una vasta gamma di condizioni e le loro opportunità di vita sono determinate da fattori che vanno ben al di là delle risorse che sono in grado di controllare direttamente: la comunità, la società in generale e la dimensione transnazionale. Inoltre, ogni persona agisce, reagisce e si adatta ai contesti in modi diversi. Le evidenze del progetto DRIVERS mostrano che l'attuazione di politiche e interventi deve essere adattata a questi diversi contesti, pur garantendo il rispetto dei principi tratti dalla base di evidenze (in particolare riguardo all'universalità e alle azioni contro le situazioni di svantaggio). Inoltre, è importante tenere conto dei diritti e delle esigenze di ogni singolo individuo in modo da trattarli con rispetto.

Consigliamo di:

- **mettere in atto interventi già sperimentati con successo in altri paesi**, adattandoli alle condizioni locali; a tale scopo, occorre sviluppare e valutare in modo sistematico tali adeguamenti, onde evitare che compromettano l'efficacia dell'intervento;
- **garantire che gli interventi a livello di organizzazione** adottino un approccio partecipativo che coinvolga tutti i principali stakeholder, in modo da ascoltare il parere di chi è più direttamente interessato, prevedendo la formalizzazione della collaborazione fra gli stakeholder, l'adozione di accordi volontari e l'avvio di diverse forme di dialogo sociale (una condizione preliminare è l'adozione di uno stile gestionale basato sulla partecipazione e sul dialogo);
- **elaborare e attuare piani strategici a diversi livelli** (per esempio nazionale e di organizzazione), utilizzando i materiali di indirizzo disponibili, le evidenze raccolte e le esperienze vissute delle persone interessate.

RACCOMANDAZIONI

Politiche basate sulle evidenze

Per garantire qualità a tutti i cittadini occorrono politiche che utilizzino le evidenze provenienti da varie fonti e i diversi tipi di ricerca, valutazione e monitoraggio. Serve un approccio pluralistico alla ricerca scientifica di qualità, specifico per il contesto europeo, la raccolta di dati nazionali trans-europei comparabili, una rigorosa valutazione dell'efficacia delle nuove politiche e iniziative, il consueto monitoraggio e la revisione delle politiche e pratiche ordinarie.

Consigliamo di:

Linee di ricerca

- **Aumentare la capacità di svolgere ricerche** sulle disuguaglianze di salute laddove le evidenze attuali sono limitate (ma è impellente la necessità di agire) o devono essere aggiornate per rispecchiare i cambiamenti nella società. Al momento, vi sono poche evidenze disponibili relative proprio a quei paesi e a quei gruppi sociali per i quali è maggiormente necessario intervenire.
- **Aumentare i finanziamenti per la ricerca comparativa transnazionale**, soprattutto a livello europeo.
- **Esaminare, nel contesto dei determinanti sociali di salute**, il modo in cui le persone utilizzano le proprie risorse per gestire le condizioni in cui vivono.
- **Estendere i criteri relativi alle evidenze in sanità pubblica** ad un approccio pluralistico, che includa una serie di disegni di studio adatti a interventi e politiche su vasta scala destinati all'intera popolazione, in particolare studi di coorte e analisi multilivello basati sulla popolazione.

Armonizzazione di dati, metodi e valutazione

- **Garantire che la progettazione, il reporting e la valutazione** degli interventi sia conforme alle migliori procedure disponibili nella ricerca delle scienze sociali (statistiche e progettazione).
- **Aumentare gli investimenti per supportare studi** sulle coorti di nascita armonizzati, e a lungo termine, in modo da comprendere meglio perché le condizioni vissute nella prima infanzia hanno sulla salute e sullo sviluppo effetti permanenti che variano (fra i paesi e le regioni dell'Unione Europea). Questi investimenti devono essere analoghi a quelli attualmente dedicati alle survey sulla forza lavoro, sul reddito e sugli stili di vita.

- **Rendere possibile un approccio combinato alle analisi relative alla protezione sociale**, mettendo a disposizione dati validi riguardo agli accordi istituzionali, alla spesa sociale e a tutte le singole condizioni di vita che costituiscono i determinanti sociali di salute a livello individuale.

Monitoraggio e revisione

- **Monitorare le condizioni sociali e lavorative sfavorevoli** e le loro conseguenze sulla salute con strumenti affidabili e destinati a tutti gli stakeholder coinvolti.
- **Monitorare e riesaminare periodicamente le politiche** e gli interventi volti a ridurre le condizioni sfavorevoli e a migliorare la salute, valutando le modalità di utilizzo dei modelli di buone pratiche disponibili e le informazioni relative al loro rendimento (ROI - ritorno sull'investimento), in termini di vantaggi economici e sociali, in modo da rafforzare l'interesse commerciale per l'attuazione di politiche eque.
- **Tenere conto dell'equità** in tutte le attività di monitoraggio e revisione.

INCREMENTARE L'UTILIZZO DELLE RACCOMANDAZIONI

In tutto il progetto DRIVERS sono state esaminate le modalità con cui le evidenze possono essere utilizzate più facilmente, in modo da contribuire alla progettazione e all'attuazione delle politiche (21, 22).

Chi fa advocacy dovrebbe:

- **Utilizzare diversi tipi di evidenze**, sia qualitative sia quantitative, che potrebbero essere destinate a target differenti (p. es. gli organi d'informazione, il pubblico, i diversi settori delle politiche, ecc.) o rispondere a differenti quesiti di ricerca (p. es. associazioni, causalità, elementi pratici correlati all'attuazione di politiche e servizi) relativi al miglioramento dell'equità nella salute;
- **utilizzare buone pratiche collaudate** nell'ambito del processo di traduzione e trasferimento delle conoscenze, come per esempio semplificare concetti e linguaggio, concentrandosi sulle soluzioni piuttosto che sui problemi e sulle restrizioni e favorire i contatti fra i decisori e i ricercatori, al fine di rendere più efficaci gli sforzi di advocacy;
- **riconoscere il potenziale ruolo che possono svolgere, in termini di advocacy**, i diversi stakeholder, compresi i ricercatori, gli operatori sanitari, i rappresentanti della società civile e i singoli cittadini, le organizzazioni, i decisori, i datori di lavoro e gli organi di informazione;
- **individuare degli obiettivi**, riguardo ai determinanti sociali di salute, **che siano vantaggiosi per tutte le parti o un buon compromesso per ciascuna**, dialogando con i settori interessati; si tratta di un'azione necessaria per garantire una proficua cooperazione

transettoriale. Ciò significa che l'obiettivo sarà probabilmente il miglioramento di uno specifico determinante sociale di salute e non la salute in quanto tale;

- **adattare al target e al contesto i messaggi utilizzati nelle azioni di advocacy:** per esempio, la salute come valore in sé, la giustizia sociale, lo sviluppo sostenibile, i diritti umani, varie argomentazioni economiche e persino fare appello agli interessi personali di specifiche categorie;
- adottare una prospettiva più a lungo termine, lavorando per superare le barriere che ostacolano l'attuazione delle politiche favorevoli a una maggiore equità nella salute,, attraverso attività di formazione sull'advocacy e la comunicazione per le professioni sanitarie, ricerca a fianco delle comunità svantaggiate, nei programmi di studio accademici e attività per accrescere nei cittadini la comprensione e la consapevolezza verso i determinanti sociali di salute.

Sulla base di questi punti, DRIVERS ha predisposto diversi documenti di indirizzo politico mirati, che possono essere utilizzati da chi fa advocacy per orientare l'agenda politica riguardo alle tre principali aree di interesse. Questi documenti sono disponibili sul sito web (6), insieme ai link ad articoli pubblicati nelle riviste specializzate, ai report di sintesi dei casi concreti analizzati e ai report finali ufficiali dei lavori scientifici condotti su sviluppo nella prima infanzia, occupazione e condizioni di lavoro e tutela del reddito e protezione sociale. .

Testi di riferimento

1. WHO. Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: Final report. 2014.
2. Marmot M et al. Health inequalities in the EU: final report of a consortium. Brussels: European Commission, 2013.
3. Commission on Social Determinants of Health WHO. Closing the gap in a Generation. Health equity through action on the social determinants of health. Final report. Geneva: 2008.
4. Marmot M, Allen J, Goldblatt P, Boyce T, McNeish D, Grady M, Geddes I. Fair Society, Healthy Lives. The Marmot Review. Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010. London: 2010.
5. European Commission. Social determinants and health inequalities. Available from: http://ec.europa.eu/health/social_determinants/policy/commission_communication/index_en.htm.
6. DRIVERS website. Available from: <http://health-gradient.eu/home/publications/>.
7. Pikhart H, Ruiz M, Morrison J, Goldblatt P, Marmot M. DRIVERS final scientific report: Social inequalities in early childhood health and development, evidence and policy implications. Report produced as part of the 'DRIVERS for Health Equity' project. Department of Epidemiology and Public Health, University College London. London: 2014. Available from: <http://health-gradient.eu/>.
8. Pillas D, Marmot M, Naicker K, Goldblatt P, Morrison J, Pikhart H. Social inequalities in early childhood health and development: a European-wide systematic review. *Pediatr Res*. 2014;76(5):418-424.
9. Morrison J, Pikhart H, Ruiz M, Goldblatt P. Systematic review of parenting interventions in European countries aiming to reduce social inequalities in children's health and development. *BMC Public Health*. 2014;14:1040.
10. Ruiz M, Goldblatt P, Morrison J, et al. Maternal education and early childhood health: A DRIVERS meta-analysis in 12 European cohorts. Submitted to *J Epidemiol Community Health*.
11. Siegrist J, Montano D, Hoven H. DRIVERS final scientific report: Working conditions and health inequalities, evidence and policy implications. Report produced as part of the 'DRIVERS for Health Equity' project. Centre of Health and Society, Faculty of Medicine, University of Düsseldorf. Düsseldorf: 2014. Available from: <http://health-gradient.eu/>.
12. Hoven H, Siegrist J. Work characteristics, socioeconomic position and health: a systematic review of mediation and moderation effects in prospective studies. *Occup Environ Med*. 2013;70:663-9.
13. Wahrendorf M, Siegrist J. Proximal and distal determinants of stressful work: framework and analysis of retrospective European data. *BMC Public Health*. 2014;14:849.
14. Montano D, Hoven H, Siegrist J. A meta-analysis of health effects of randomized controlled worksite interventions: Does social stratification matter? *Scand J Work Environ Health*. 2014;40:230-4.

15. Lundberg O, Åberg Yngwe M, Bergqvist K, Sjöberg O. DRIVERS final scientific report: The role of income and social protection for inequalities in health, evidence and policy implications. Report produced as part of the 'DRIVERS for Health Equity' project. Centre for Health Equity Studies. Stockholm: 2014. Available from: <http://health-gradient.eu/>.
16. Bergqvist K, Åberg Yngwe M, Lundberg O. Understanding the role of welfare state characteristics for health and inequalities - an analytical review. BMC Public Health. 2013;13:1234.
17. Ferrarini T, Nelson K, Sjöberg O. Decomposing the effect of social policies on population health and inequalities: an empirical example of unemployment benefits. Scand J Public Health. 2014;42(7):635-42.
18. Nelson K, Fritzell J. Welfare states and public health: The role of minimum income benefits for mortality. Soc Sci Med. 2014(112):63-71.
19. Morrison J et al. DRIVERS Final case studies report. Department of Epidemiology and Public Health, University College London. London: 2014.
20. WHO. Governance for health in the 21st Century. Geneva: 2013.
21. Farrer L, Marinetti C, Kuipers Y, Costongs C. Advocacy for health equity: A synthesis review Submitted to Milbank Q. 2015.
22. Farrer L, Marinetti C. Advocacy for Health Equity: Case Studies Synthesis Report. EuroHealthNet. Brussels: 2015.

DRIVERS (2012-2015) è un progetto di ricerca finanziato dal Settimo Programma Quadro dell'UE. Il suo obiettivo è di comprendere meglio i rapporti fra alcuni dei fattori chiave che influiscono sulla salute di un individuo nel corso della sua vita – prima infanzia, occupazione, protezione sociale e reddito – e di trovare soluzioni in grado di migliorare la salute e ridurre le disuguaglianze di salute.

La ricerca è intrapresa da un consorzio composto da importanti organizzazioni e istituti di ricerca che rappresentano il settore della sanità pubblica, la società civile e il mondo imprenditoriale. Il progetto è coordinato da EuroHealthNet.

