

267

luglio-settembre 2017

Special Issue



la Salute umana

Rivista trimestrale di promozione ed educazione alla salute



ONE HEALTH - GLOBAL HEALTH



ABBONAMENTO ANNUALE ITALIA 2018

Enti: cartaceo €40.00 / on-line €20.00 / cartaceo + on-line € 50.00 - **Privati:** cartaceo €30.00 / on-line €15.00 / cartaceo + on-line € 40.00 - **Un fascicolo:** cartaceo €20.00 / on-line €10.00

ABBONAMENTO ANNUALE ESTERO 2018

Cartaceo €60.00 / on-line €20.00 / cartaceo + on-line € 70.00 - **Un fascicolo:** cartaceo €20.00 / on-line €10.00

TUTTE LE TARIFFE SONO IVA INCLUSA (IVA 4%)

PAGAMENTO TRAMITE BONIFICO BANCARIO

IBAN: IT 40 M 02008 03030 000104591258

Conto corrente bancario UniCredit Agenzia di Perugia – Via XX Settembre
intestato a CULTURA E SALUTE EDITORE PERUGIA - codice SWIFT UNCRITM1770

Sommario

Special Issue
n° 267, 2017

2 INTRODUZIONE AL NUMERO SPECIALE

Giancarlo Pocetta

5 ONE HEALTH - GLOBAL HEALTH

A cura di Elisa Marceddu e Marco Cristofori

6 Il Centro di Ricerca e formazione per la Salute unica e l'Alimentazione (CERSAL)

7 One Health - Global Health

9 Global Health – Salute Globale

17 One Health – Salute Unica

20 Salute e mercato

27 Migrazioni e Salute

36 Cambiamenti climatici e salute

49 Malattie da vettori e antibioticoresistenza

54 Quale ruolo per le scienze psicosociali nella Promozione della Salute Globale?

57 Quale ruolo per i decisori e la politica rispetto alle Iniquità e ai determinanti sociali della salute?

Quale ruolo delle ONG? Buone pratiche dal Comitato Collaborazione Medica di Torino

58 Bibliografia

62 Appendice Programma del Corso

63 CONCLUSIONE AL NUMERO SPECIALE

Giuseppe Masanotti

LA SALUTE UMANA, Rivista trimestrale del Centro Sperimentale per la Promozione della Salute e l'Educazione Sanitaria dell'Università degli Studi di Perugia, fondata da Alessandro Seppilli.

EDITORE: Cultura e Salute Editore Perugia

DIRETTORE RESPONSABILE: Maria Antonia Modolo. REDATTORE CAPO: Giancarlo Pocetta

COMITATO DI REDAZIONE: Erminia Battista, Filippo Antonio Bauleo, Paola Beatini, Luciano Bondi, Francesca Cagnoni, Lia Delli Colli, Osvaldo Fressoia, Fabrizio Germini, Edvige Mancinelli

SEGRETERIA DI REDAZIONE: Paola Beatini [e-mail paola.beatini@unipg.it]

GRAFICA, IMPAGINAZIONE E STAMPA: Grafox srl.

Autorizzazione del Tribunale di Perugia n° 551 del 22.11.1978

Per gentile concessione del “Comité française d'éducation pour la santé” e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, alcuni articoli sono ripresi dalla rivista “La Santé en action” e da documenti O.M.S.

Abbonamento annuale Italia 2018 - ENTI: cartaceo €40.00 / on-line €20.00 / cartaceo + on-line € 50.00 - PRIVATI: cartaceo €30.00 / on-line €15.00 / cartaceo + on-line € 40.00 - UN FASCICOLO: cartaceo €20.00 / on-line €10.00

Abbonamento annuale Estero 2018 - Cartaceo €60.00 / on-line €20.00 / cartaceo + on-line € 70.00 - UN FASCICOLO: cartaceo €20.00 / on-line €10.00

TUTTE LE TARIFFE SONO IVA INCLUSA (IVA 4%)

PAGAMENTO TRAMITE BONIFICO BANCARIO - IBAN: IT 40 M 02008 03030 000104591258

Conto corrente bancario UniCredit Agenzia di Perugia – Via XX Settembre

intestato a CULTURA E SALUTE EDITORE PERUGIA - codice SWIFT UNCRITM1770

Introduzione al Numero Speciale

“Human or livestock or wildlife health can't be discussed in isolation anymore. There is just one health. And the solutions require everyone working together on all the different levels” Rick Weiss (1)

One/Global Health

Giancarlo Pocetta

Cercare di comprendere e dare significato alla visione salutogenica della salute costituisce un impegno prioritario della rivista, impegno che ha trovato espressione in molti contributi pubblicati fino ad oggi (es. Il numero dedicato a “Urbanistica e pianificazione territoriale” quali determinanti della salute della popolazione nei contesti di vita (n 259-269, 2016), I determinanti di salute, La salute urbana.

L'impegno prosegue con questo numero dedicato a discutere la visione della salute come diritto non solo delle persone ma di tutti in quanto esseri viventi. Quindi – per riprendere il titolo – salute “una” e “globale”.

Global health è stata definita come l'area di studio e di ricerca che ha come priorità il miglioramento della salute e il raggiungimento dell'equità nella salute per tutti e la livello mondiale” (2).

Non una disciplina a sé quanto piuttosto un campo di esperienza dove si intrecciano ricerca e pratica sui determinanti di salute e sui fattori di equità e giustizia. Quello della Salute Globale è perciò uno sguardo che si dilata lungo “due assi principali: geografico, in quanto analizza l'interdipendenza esistente tra fenomeni locali e globali (al Nord come al Sud del mondo); disciplinare, perché si avvale del contributo di molte discipline, oltre a quelle sani-

tarie (scienze sociali e umane, economia, diritto, ecc.)” (3).

One Health promuove l'applicazione di un approccio collaborativo, multidisciplinare, intersettoriale e coordinato per affrontare i rischi potenziali o già esistenti che hanno origine dall'interfaccia tra ambiente animali-ecosistemi umani ... il tema comune è la collaborazione in tutti i settori che hanno un impatto diretto o indiretto sulla salute lavorando attraverso silos trasversali ai diversi settori e ottimizzando le risorse e gli sforzi nel rispetto dell'autonomia dei vari settori. Per migliorare l'efficacia dell'approccio “One Health”, vi è la necessità di stabilire un migliore equilibrio settoriale tra i gruppi e le reti esistenti, in particolare tra veterinari e medici, e per aumentare la partecipazione degli operatori ambientali e del settore faunistico, così come di sociologi, architetti, decisori istituzionali ed esperti dello sviluppo sostenibile” (4). Un approccio come quello di One Health è importate perché 6 delle 10 malattie infettive nell'uomo hanno un'origine animale (5).

One e Global Health hanno molti punti in comune: globalità, multidisciplinarietà, attenzione alla dimensione locale, determinanti di salute, scambio continuo tra ricerca e azione. Lungi dall'essere opposte, in realtà One e Global Health sono figlie di un comune orientamento culturale e scientifico che trova il proprio humus nelle teorie salutogeniche quelle che si pongono il pro-

blema di rendere concreta l'idea che la salute non possa esistere se non in negativo, come “assenza” della malattia e piuttosto come un “concetto positivo che valorizza le risorse individuali e sociali come pure le capacità fisiche” (6).

Ma questo numero affronta anche un tema in più che è strategico e vuole andare oltre la pur interessante dimensione conoscitiva, un tema che – potremmo dire - riguarda la ricaduta dei modelli salutogenici nella cultura e nella pratica dei professionisti della salute. Parliamo cioè di Formazione e in particolare di Formazione in servizio. Un altro degli argomenti cari a La Salute Umana.

Con la pubblicazione degli atti del corso di formazione voluto dal Centro di Ricerca e formazione per la Salute unica e l'Alimentazione (CERSAL) One Health - Global Health tenutosi nel Giugno 2017, si aggiunge un ulteriore elemento al quadro che stiamo disegnando quella della formazione dei professionisti della salute. Non è un caso se il recente Modello delle competenze chiave e degli standard professionali dei professionisti della promozione della salute (7) richiama molte volte il tema della visione unitaria della salute collocandolo non solo nell'area delle conoscenze di base, e dei valori etici che devono essere alla base della progettazione in pds, ma molto dettagliatamente tra i temi a supporto delle funzioni di advocacy, sostegno alla partnership intersettoriale, contrasto

alle disuguaglianze che sono competenze qualificanti dei promotori di salute.

Come afferma Marco Cristofori nella prefazione al report del corso, con l'esperienza formativa proposta dal CER-SAL: "Ci si è addentrati in campi vasti ma fortemente caratterizzanti la realtà del nostro pianeta in un'ottica di globalizzazione totale, di interazioni strette fra le popolazioni e i determinanti di salute che sono fortemente influenzati dalle strutture politiche e istituzionali, dal mercato globale, dallo stretto rapporto dell'uomo con gli animali e con l'ambiente, dai cambiamenti climatici e quindi dalle nuove patologie trasmissibili e non. Da quanto sopra, si capisce bene come ci sia bisogno, per affrontare ciascuno di questi argomenti, di professionisti che operino sul campo e che siano esponenti di un mondo della ricerca scientifica di "frontiera" ma fortemente caratterizzante tutte le scelte individuali e collettive delle popolazioni"(8).

Dunque, si prende atto che l'enorme volume di dati e di conoscenza che si è prodotto in questi anni sul tema della Salute rischia oggi di rimanere una scatola vuota se non si trasforma in pratiche di coloro che la promozione della salute sono professionalmente delegati a realizzarla, nei servizi sanitari, scolastici, educativi del territorio, nel mondo del lavoro e in tutti i contesti (setting) nei quali si producono i "determinanti" della salute oggi. E tutto ciò nella consapevolezza che i determinanti di salute sono il prodotto di processi planetari che riguardano un mondo ormai inevitabilmente globalizzato. Sì, inevitabilmente, nonostante le spinte contrarie delle ideologie sovraniste e privatistiche. I dati che questo numero della rivista presenta

sostengono in maniera molto forte la realtà d una salute che è non solo "unica" ma in quanto tale è anche "globale". La visione globale della salute quindi esce dal campo scientifico, ormai ricco di evidenze, e diventa oggetto di confronto culturale e politico. Di politica della salute e della sanità, dunque, ed è in questa direzione che bisognerà lavorare ancora di più nel prossimo futuro.

1. Weiss R. Africa's Apes are imperiled, Researchers Warn. The Washington Post. 7 April 2003. https://en.wikipedia.org/wiki/One_Health#cite_note-4
2. Koplan JP, Bond TC, Merson MH, et al. Towards a common definition of global health. Lancet 2009 June; 373 (9679): 1993-5).
3. <http://www.educationglobalhealth.eu/it/salute-globale>
4. <http://www.igienistionline.it/docs/2015/50oh.pdf>
5. <https://www.cdc.gov/onehealth/index.html>
6. WHO Glossario OMS della Promozione della Salute. Ginevra: World Health Organization, traduzione a cura del Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute; DoRS, 2012
7. Pocetta G, Contu P. Quali competenze per promuovere salute. I risultati del Progetto europeo 'Developing competencies and professional standards in health promotion capacity building in Europe (COMPHP). La Salute Umana 2012; nn 235-236, pag 22-27.
8. Cristofori M (prefazione), Dalla One Health alla Global Health. Teorie e Pratiche estrapolate dal corso di formazione; Orvieto 2017
9. <http://www.who.int/mediacentre/multimedia/photographs/corporate/en/>

Giancarlo Pocetta
Centro Sperimentale per la Promozione
della Salute e l'Educazione Sanitaria
dell'Università degli Studi di Perugia,
Redattore Capo

la Salute umana





ONE HEALTH GLOBAL HEALTH

A cura di Elisa Marceddu e Marco Cristofori
Centro di Ricerca e formazione per la Salute unica e l'Alimentazione - CERSAL

Il Centro di Ricerca e formazione per la Salute unica e l'Alimentazione (CERSAL)

Il Centro di Ricerca e formazione per la Salute unica e l'Alimentazione (CERSAL) trae le proprie origini dal Centro Studi per la Ricerca biostatistica ed epidemiologica in Sicurezza Alimentare che ha operato ad Orvieto dal 2005 al 2011 organizzando numerosi corsi, convegni e seminari a livello regionale, nazionale ed internazionale e ricevendo il riconoscimento dall'Organizzazione Mondiale della Salute come centro di eccellenza regionale e centro di collaborazione. Forte di questa importante storia, il CERSAL ha ripreso vita nel 2015 grazie alla nuova convenzione fra la Regione Umbria, l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Umbria e delle Marche, l'Università degli Studi di Perugia, l'Azienda USL Umbria 2, il Comune di Orvieto e la Fondazione per il Centro Studi "Città di Orvieto". La nuova convenzione definisce la "Salute Unica" (One Health), la "Salute Globale" (Global Health) e la Promozione della Salute (Health Promotion) quali paradigmi alla base delle attività promosse dal CERSAL, secondo le modalità di ricerca e formazione più innovative e scientificamente accreditate.

La Regione Umbria nel Piano Regionale per la Prevenzione 2014-2018 ha promosso l'attivazione di azioni intersettoriali e l'avvio di un'area di studio e ricerca rispetto alla Salute Globale quale pratica che ha come priorità il miglioramento di tutto il mondo della salute, la riduzione delle disparità e la protezione contro le minacce globali che ignorano i confini nazionali. La Regione promuove le attività del CERSAL al fine di diffondere una visione globale della salute.

Il CERSAL vede la collaborazione nel suo Comitato Scientifico di esponenti di vari Enti, Istituzioni e Associazioni nazionali quali: Comitato Collaborazione Medica di Torino, Istituto Superiore di Sanità, Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Umbria e delle Marche, UISP Nazionale, Università degli Studi di Roma "La Sapienza", Università degli Studi di Perugia.





One Health - Global Health

Marco Cristofori

Photo by WHO/Patrick Brown (www.who.int)

Questo documento, che viene redatto a seguito delle attività del CERSAL del 2017, si profila, nelle intenzioni del Consiglio Direttivo e del Comitato scientifico, come uno strumento divulgativo ma anche di notevole interesse per un ragionamento ampio sulle nuove frontiere che la sanità pubblica sarà inevitabilmente costretta a percorrere.

Il report raccoglie ed implementa, nella sua stesura, il lavoro dei relatori che hanno partecipato al corso di formazione/workshop dal titolo “Salute globale tra disuguaglianze e nuove frontiere”. Nel documento sono contenute tutte le informazioni fornite dai relatori ma soprattutto c'è una forte implementazione ed elaborazione dei temi trattati e della bibliografia disponibile.

Ci si è addentrati subito in campi vasti ma fortemente caratterizzanti la realtà del nostro pianeta in un'ottica di globalizzazione totale, di interazioni strette fra le popolazioni e i determinanti di salute che sono fortemente influenzati dalle strutture politiche e istituzionali, dal mercato

globale, dallo stretto rapporto dell'uomo con gli animali e con l'ambiente, dai cambiamenti climatici e quindi dalle nuove patologie trasmissibili e non.

Da quanto sopra, fortemente sintetizzato, si capisce bene come ci sia bisogno, per affrontare ciascuno di questi argomenti, di professionisti che operino sul campo e che siano esponenti di un mondo della ricerca scientifica di “frontiera” ma fortemente caratterizzante tutte le scelte individuali e collettive delle popolazioni. È assolutamente necessario che di fronte a fenomeni veloci, globali e, a volte, destabilizzanti, i decisori e i sistemi sociali e sanitari siano in grado di rispondere e di fare prevenzione e promozione della salute dei cittadini. Promozione della salute, prevenzione primaria e secondaria, presa in carico e clinica, non possono più esser viste come attività prettamente scollegate fra loro e soprattutto dal conteso in continua evoluzione che ci circonda. Quindi anche gli operatori che si occupano di problemi sociali, di disuguaglianze, di migranti, di malattie infettive emergenti

nell'uomo e negli animali, ecc. devono cominciare ad essere consapevoli che nessun fenomeno è fine a se stesso ma è incardinato in un sistema di interazioni molto complesse che, se non conosciute e argomentate, non permettono di affrontare il lavoro quotidiano con un'ottica di apertura e intersectorialità.

Questo report e quelli che seguiranno vogliono essere, con un po' di presunzione, utili ai decisori e ai portatori di interesse dei vari settori. Abbiamo visto spesso e lo si capirà ancora di più leggendo le pagine che seguono, che molte patologie trasmissibili e soprattutto non trasmissibili (malattie croniche) sono legate a determinanti molto distanti dal sistema sanitario e dalla realtà locale, e quindi per fare fronte a tutto ciò diventa assolutamente necessario che le decisioni politiche in senso lato, ma soprattutto di legislazione internazionale, di stato sociale e di welfare, si fondino su analisi complesse e interpretazioni multiple con una visione a 360 gradi di fenomeni che altrimenti ci travolgeranno e che non saremo pronti ad affrontare. Mi riferisco

in particolare a fenomeni globali quali i cambiamenti climatici, le migrazioni di uomini e animali, il mercato globale, le forti disuguaglianze e soprattutto iniquità che nella nostra società stanno fortemente aumentando e che sono i principali determinanti distali, e quindi di maggiore impatto, sulla salute.

Naturalmente i ringraziamenti sono dovuti a tutti coloro che hanno permesso la realizzazione del Centro che da Statuto sono la Regione Umbria, l'Università degli studi di Perugia, la AUSL Umbria 2, l'Istituto Zooprofilattico dell'Umbria e delle Marche, La Fondazione Centro Studi Città di Orvieto e il Comune di Orvieto. Inoltre un ringraziamento va a tutti i collaboratori del CERSAL che sono tanti e citati via via nelle pagine che seguono rispetto ai relativi argomenti e che aumenteranno ancora nello

sviluppo di ulteriori programmi e progetti didattici e di ricerca.

Un ringraziamento particolare va al Ministero della Salute che ha riconosciuto le attività del Centro e all'organo operativo del Ministero, l'Istituto Superiore di Sanità che è partner praticamente in tutte le attività svolte, compreso il percorso di riconoscimento della WHO come centro di collaborazione sulla nutrizione. A questo proposito un ringraziamento ulteriore va al Dr. Francesco Branca, Direttore del Dipartimento Nutrizione della WHO – Quartier Generale di Ginevra per la disponibilità e la opportunità messi a disposizione per una collaborazione internazionale insieme all'Istituto Superiore di Sanità.

Naturalmente la stesura di questo report non sarebbe stata possibile senza

il lavoro, la tenacia e l'attenzione della Dott.ssa Elisa Marceddu che si è occupata della rielaborazione degli argomenti, della ricerca bibliografica e della strutturazione del documento.

Marco Cristofori,

*Coordinatore del Comitato Scientifico del
Centro di Ricerca e formazione per la
Salute unica e l'Alimentazione - CERSAL*

Hanno collaborato al Numero Speciale

Elisa Marceddu, Centro di Ricerca e formazione per la Salute unica e l'Alimentazione - CERSAL

Marco Cristofori, AUSL Umbria2, Centro di Ricerca e formazione per la Salute unica e l'Alimentazione – CERSAL

Riccardo Casadei, Centro Sperimentale per la Promozione della Salute e l'Educazione Sanitaria (CESPES) - Università degli Studi di Perugia

Marianna Parisotto, Centro Studi e Ricerche sulla Salute Internazionale e Interculturale – Università di Bologna

Margherita Giannoni, Dipartimento di Economia – Università di Perugia

Gaia Scavia, Dipartimento di Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare – Istituto Superiore di Sanità

Alessandro Rinaldi, Società Italiana Medicina delle Migrazioni – SIMM

Mattia Viano, Comitato Collaborazione Medica – CCM

Samantha Pegoraro, Sezione Clima e Salute – Italian Climate Network

Laura Mancini, Istituto Superiore di Sanità - Dipartimento Ambiente e Salute- Unità Ecosistemi e Salute

Gioia Capelli, Centro di riferimento nazionale per la ricerca scientifica sulle malattie infettive nell'interfaccia uomo/animale – Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie

Marilena Bertini, Comitato Collaborazione Medica - CCM

Global Health – Salute Globale



Photo by WHO/S. Hollyman (www.who.int)

La Salute Globale, Global Health, che rappresenta un nuovo paradigma per la salute e l'assistenza sanitaria (WHO, 1948) radicato nell'approccio teorico dei determinanti sociali di salute, basato sui principi enunciati nella Dichiarazione di Alma Ata (1978) e sostanziato da ampie evidenze scientifiche (WHO, 2008a), può essere applicato al campo della prevenzione, della diagnosi e del trattamento delle malattie, così come a quello della promozione della salute a livello individuale e/o di comunità.

La Salute Globale pone particolare attenzione all'analisi dello stato di salute e dei bisogni reali della popolazione mondiale, e alle influenze che su di essi esercitano i determinanti socio-economici, politici, demografici, giuridici ed ambientali, esplicitando le interconnessioni tra globalizzazione e salute in termini di equità, diritti umani, sostenibilità, diplomazia e collaborazioni internazionali. Data la complessità del campo di interesse, la Salute Globale richiede un approccio transdisciplinare e multi-metodologico, che

si avvale del contributo sia delle scienze sociali ed umane che di quelle naturali e biomediche (Autori Vari, 2017). Le evidenze derivano da ricerche e metodi valutativi propri di diverse scienze naturali e sociali, così come dalla raccolta sistematica di conoscenze ed esperienze dei protagonisti principali coinvolti nelle realtà prese in esame (WHO, 2008a). Secondo il paradigma della Salute Globale, nella salute sono rintracciabili, tra individui e gruppi, diversità ascrivibili alla variabilità nello stato naturale dei fenomeni biologici, ma anche disuguaglianze, ovvero differenze ritenute ingiuste e causate da qualche forma di ingiustizia sociale (riferibili all'individuo, alla famiglia, al contesto circostante, all'area geografica) che sono frutto di mancanza di equità. Equità non significa uguaglianza, in quanto rappresenta l'assenza di differenze sistematiche e potenzialmente evitabili in uno o più determinanti di salute tra popolazioni o tra gruppi di popolazioni definiti dal punto di vista sociale, economico, demografico o geografico.

La disuguaglianza si palesa quindi nella disparità nella salute o nell'accesso all'assistenza sanitaria che risultano da fattori strutturali, ma rimediabili, quindi evitabili. Le profonde disuguaglianze esistenti nello stato di salute delle persone, in modo particolare tra i paesi sviluppati e quelli in via di sviluppo ma anche all'interno delle nazioni, è inaccettabile dal punto di vista politico, economico, sociale e rappresenta una preoccupazione comune a tutti i paesi (Dichiarazione di Alma Ata, 1978). Il termine disuguaglianza ha quindi una dimensione morale ed etica, riferendosi a differenze che sono evitabili e non necessarie, oltre che inique e ingiuste (Whitehead, 1991; Stefanini et al., 2006).

Di seguito vengono presentati alcuni casi di disuguaglianze evidenti tra nazioni diverse. La carta che segue in Figura 1, rappresenta l'aspettativa di vita alla nascita per i nati nel 2015 ed appaiono evidenti i due estremi del Giappone con un'aspettativa di 82 anni e dello Swaziland con soli 39 anni (WHO, 2016).

L'osservazione di queste mappe rende evidente il ruolo delle disuguaglianze sulla salute delle persone: la povertà e l'analfabetismo sono più evidenti in quelle zone del mondo in cui sono maggiori i casi di malattie e morti premature, cosa che però non è compensata da una spesa sanitaria pubblica adeguata, che invece risulta maggiore nelle zone "benestanti" del pianeta. Il reddito e l'educazione si configurano come determinanti di salute fondamentali.

Queste disuguaglianze però non riguardano solamente le differenze tra luoghi del mondo lontani, ma anche le singole città, come evidenziato dai dati relativi all'aspettativa di vita nella città di Glasgow nel Regno Unito, in cui si passa da un'aspettativa di vita pari a 82 anni nel quartiere ricco di Lenzie a 54 anni in quello di Calton, il più povero della città. Uno studio simile è stato realizzato anche in Italia nella città di Torino dove, seguendo il percorso di una linea del tram, si evidenzia come, passando dai quartieri più ricchi ai più poveri, l'aspettativa di vita diminuisce progressivamente da 82 a 77 anni (La Repubblica, 2016). Più stringiamo il campo di osservazione e più le disuguaglianze sono evidenti.

Altri esempi sulle disuguaglianze nelle città italiane sono riportati nel rapporto a cura di Costa et al. del 2014 in cui vengono evidenziate diverse tipologie di differenze: cinque anni e mezzo nella speranza di vita a 35 anni tra operaio e dirigente nella forza lavoro torinese negli anni 2000 (Figura 10); presenza maggiore negli operai manuali non qualificati di rischi relativi di morte per tipologia di lavoro e per varie cause nella popolazione maschile torinese (Figura 11); maggiore incidenza di rischio relativo di infarto, tumore, tumore del pol-

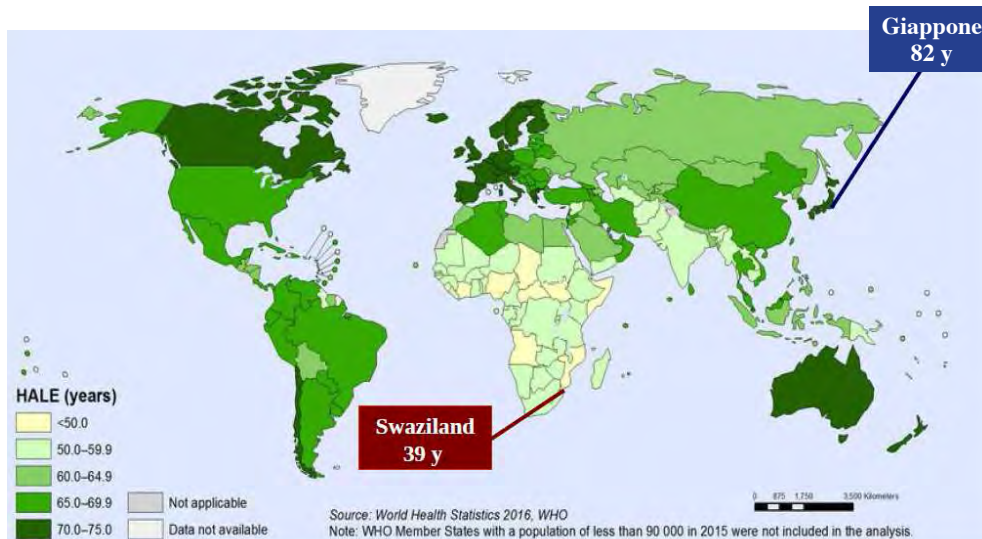


Figura 1. Aspettativa di vita per i nati del 2015 (WHO, 2016)

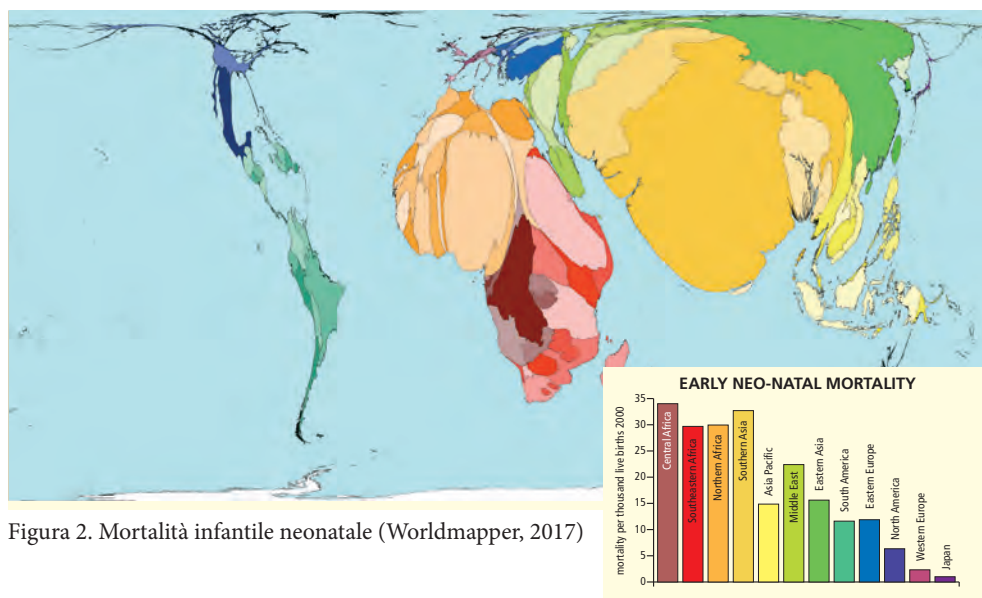


Figura 2. Mortalità infantile neonatale (Worldmapper, 2017)

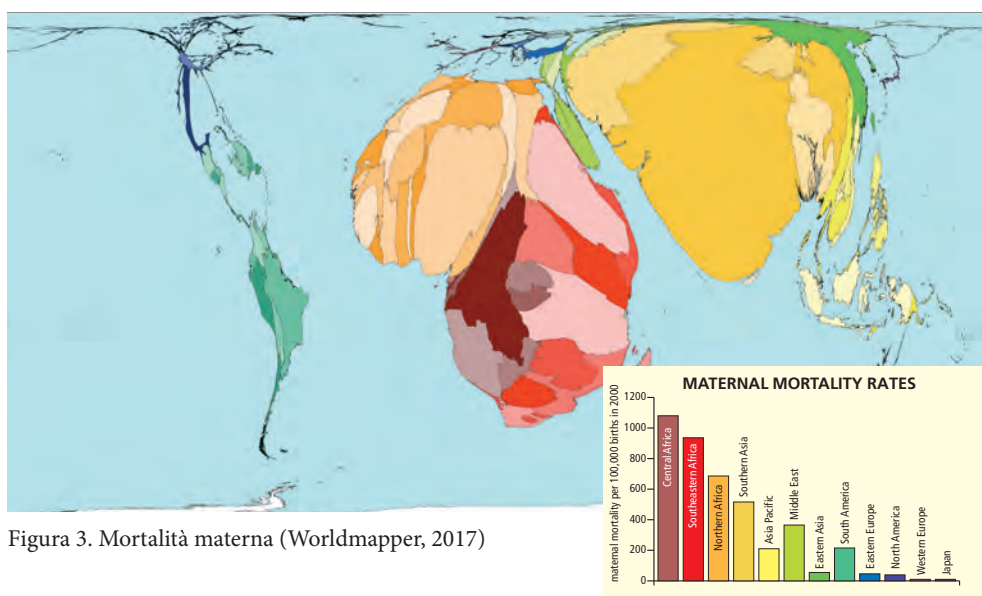


Figura 3. Mortalità materna (Worldmapper, 2017)



Figura 4. Morti per HIV/AIDS (Worldmapper, 2017)

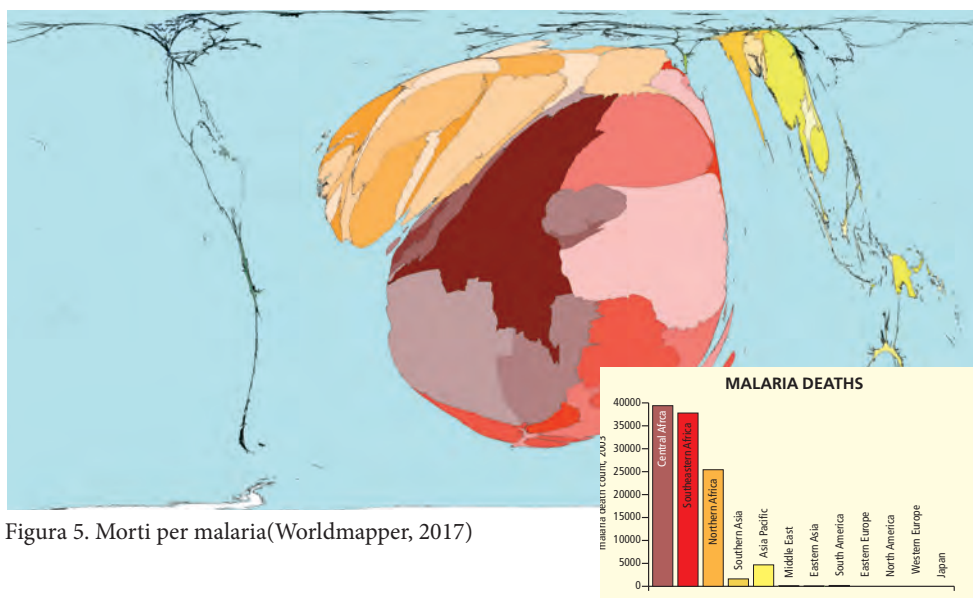


Figura 5. Morti per malaria (Worldmapper, 2017)

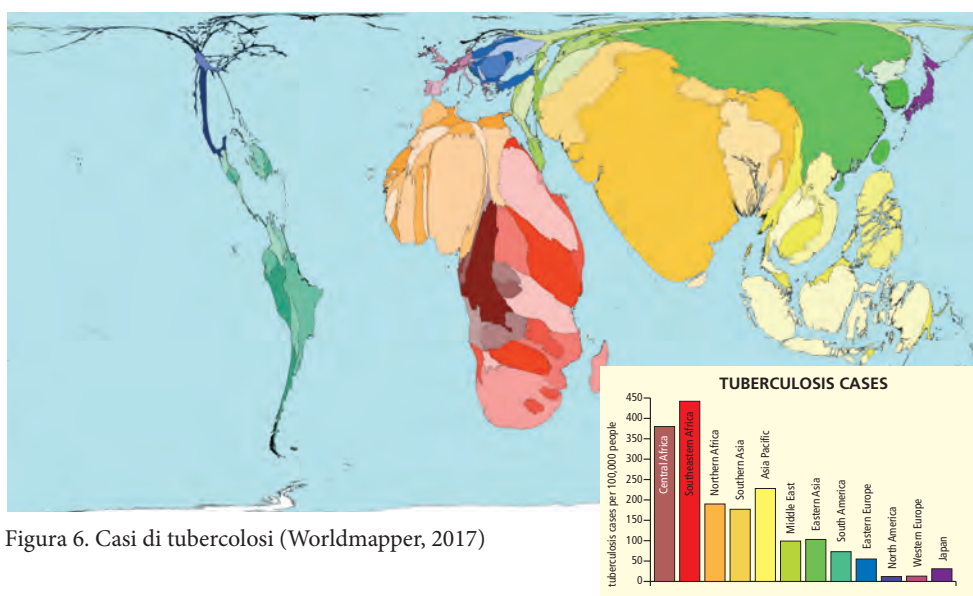


Figura 6. Casi di tubercolosi (Worldmapper, 2017)

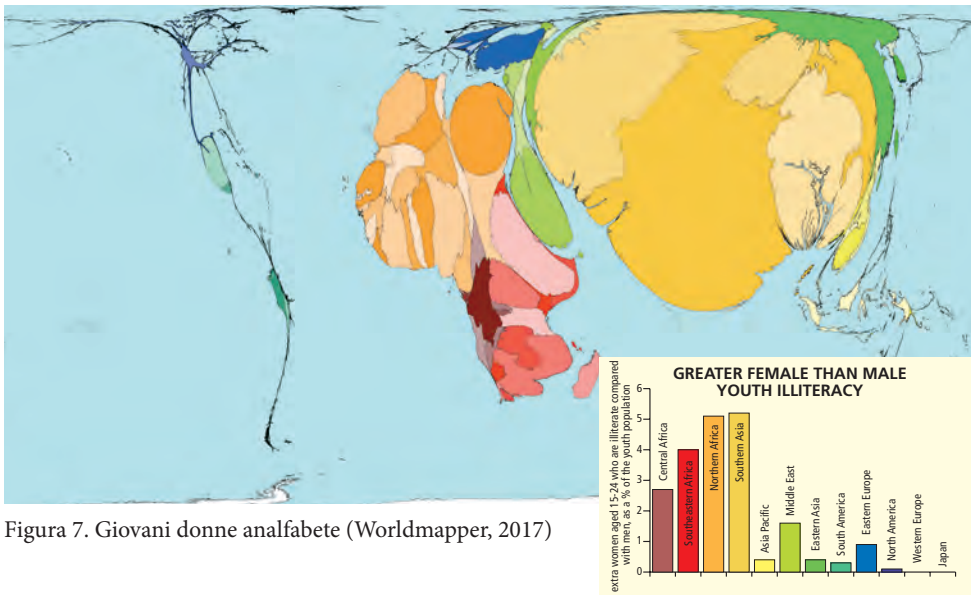


Figura 7. Giovani donne analfabete (Worldmapper, 2017)

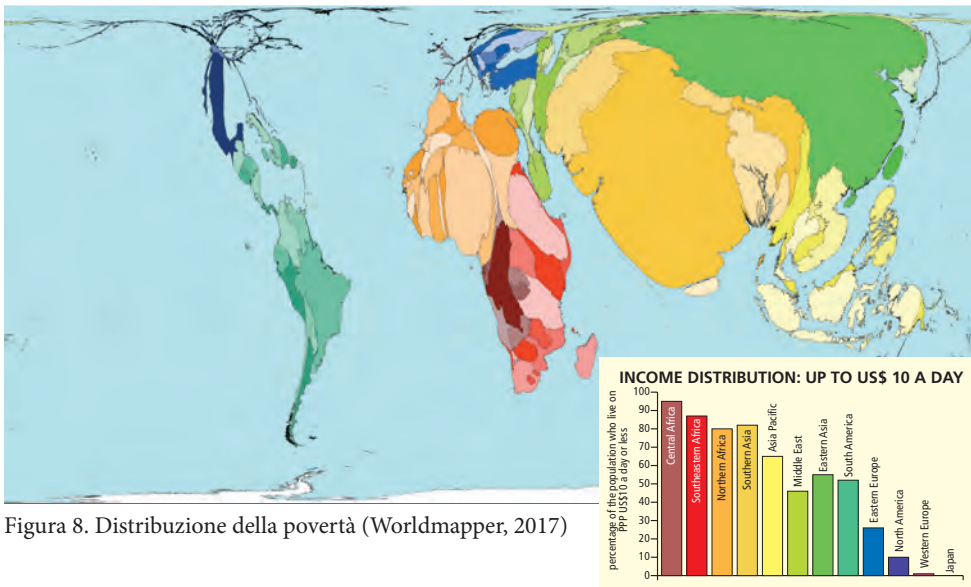


Figura 8. Distribuzione della povertà (Worldmapper, 2017)

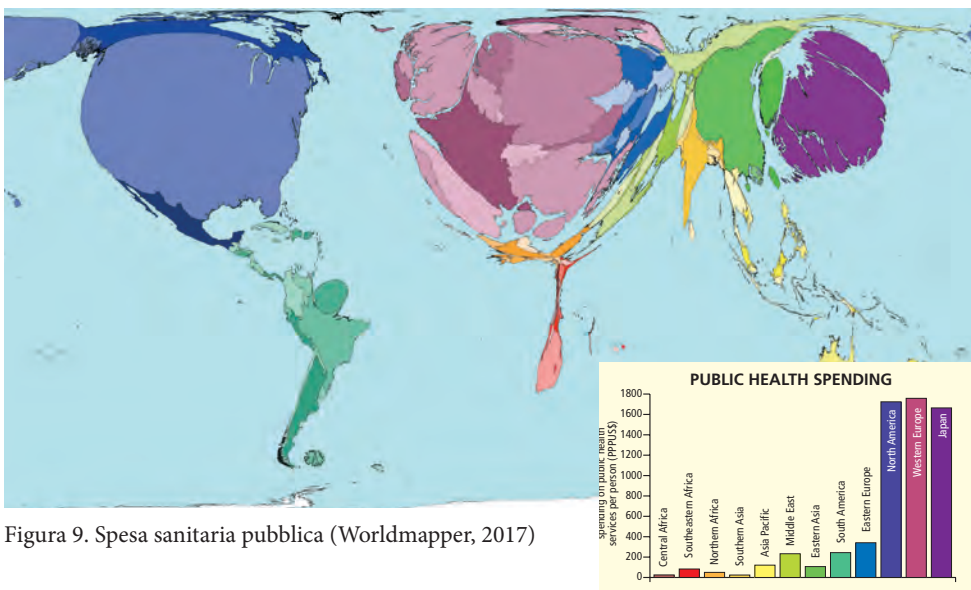


Figura 9. Spesa sanitaria pubblica (Worldmapper, 2017)

Figura 10. Differenze per classe sociale nella speranza di vita a 35 anni nella forza lavoro torinese (Costa et al., 2014)

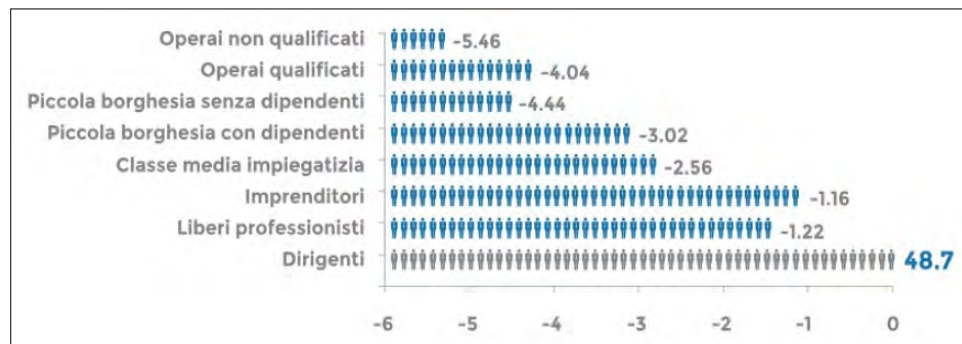


Figura 11. Rischi relativi di morte per tipologia di lavoro e per varie cause nella popolazione maschile torinese nel 2000 (Costa et al., 2014)

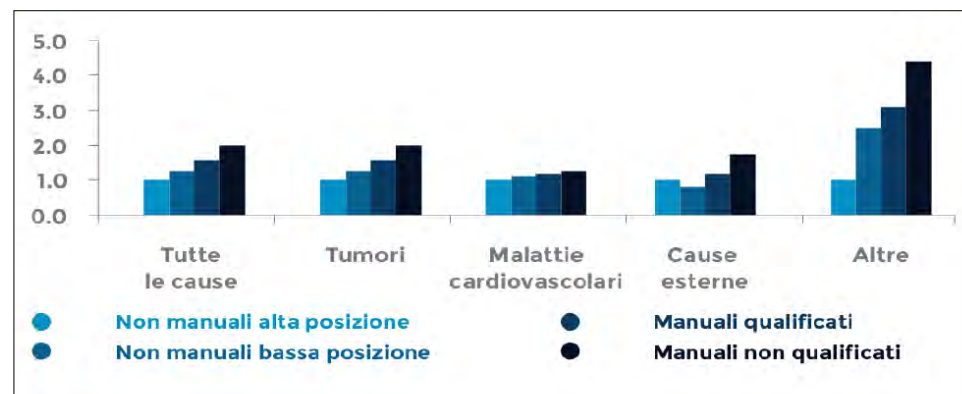
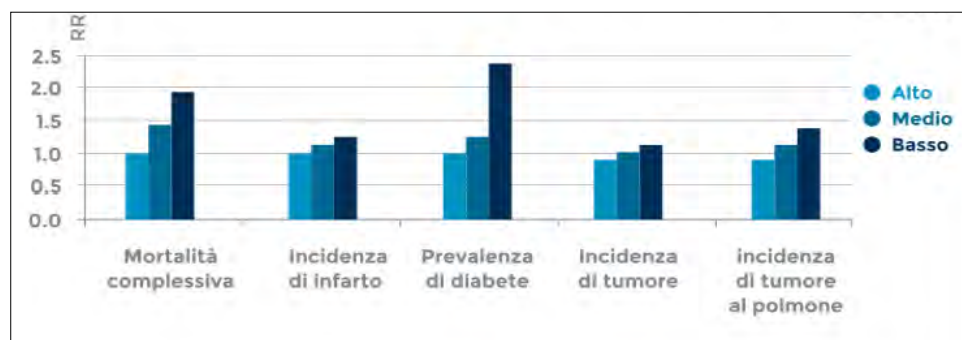


Figura 12. Rischi relativi per livello d'istruzione a Torino, anno 2000 (Costa et al. 2014)



zione, maggiore prevalenza del diabete e mortalità complessiva per i livelli d'istruzione più bassi a Torino (Figura 12). Un altro esempio è rappresentato dalla ricerca di Marra, Migliari e Costa (2015) sul tema delle differenze sociali nell'alimentazione in Italia prima e durante la crisi, in cui si evidenzia l'effetto delle disuguaglianze sociali nella distribuzione delle abitudini alimentari scorrette, prevalenti in particolare tra i meno istruiti, che riportano ad esempio un consumo eccessivo di carne, carboidrati, alimenti ricchi di sale, e tra abitanti di zone diverse geograficamente, come evidenziato da un consumo eccessivo di carni, grassi e carboidrati nel Nord-Ovest, ed un minor consumo di frutta e verdura nel Sud.

Tutte le differenze evidenziate sinora rappresentano le disuguaglianze sociali nella salute che tendono a colpire sempre gli stessi gruppi sociali (ad esempio persone a basso reddito o basso livello di istruzione), ma che non riguardano esclusivamente i più sfortunati in quanto sono socialmente costruite e quindi ingiuste.

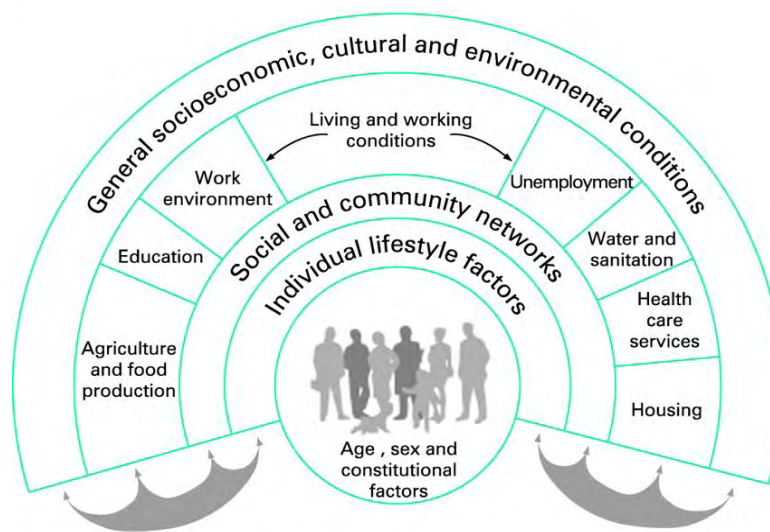
Le disuguaglianze sociali in salute sono quindi in relazione con la condizione socio-economica dell'individuo, definibile come uno dei determinanti distali di salute (Figura 13), e di conseguenza al suo livello di accessibilità sia a beni materiali fondamentali sia a servizi e risorse. I determinanti prossimali invece includono i processi attraverso cui il contesto sociale e le politiche influenzano direttamente lo stato di salute della popolazione e del singolo individuo (ad esempio, politiche di prevenzione, interventi di promozione della salute) (Figura 13).

Il modello di Dahlgren e Whitehead (1991), in Figura 13, rappresenta i prin-

cipali determinanti di salute come una serie di strati concentrici, corrispondenti ciascuno a differenti livelli di influenza. Al centro i determinanti non modificabili della salute relativi all'individuo, come il sesso, l'età, il patrimonio genetico. I determinanti modificabili, quelli cioè che sono suscettibili di essere corretti e trasformati, si muovono dagli strati interni verso quelli più esterni: per primi gli stili di vita individuali, poi le reti sociali e comunitarie, poi l'ambiente di vita e di lavoro, ed infine il contesto politico, sociale, economico e culturale. Il modello rappresenta una gerarchia di valore tra i diversi determinanti della salute, in quanto i semicerchi più esterni, che rappresentano il "contesto", influiscono maggiormente sullo stato di salute (Stefanini et al., 2006). La salute di una persona, di una comunità o di una popolazione dipende quindi da una molteplicità di situazioni, in cui si intersecano diversi livelli di responsabilità: quella individuale per quel che riguarda i comportamenti e gli stili di vita; quella familiare o di gruppo per le relazioni affettive e sociali; quella di una comunità o un governo locale o nazionale per le politiche sociali, del lavoro e dell'assetto del territorio; infine quella sovranazionale che regola le relazioni tra gli stati (ibidem).

Un secondo modello, in Figura 14, presenta lo stato di salute delle persone come condizionato per il 50% dai loro comportamenti e dal loro stile di vita, mentre gli altri fattori, ambientali (20%), genetici (20%) e l'assistenza sanitaria (10%), sono molto meno importanti. Si tratta di un modello che mette in primo piano il ruolo gli stili di vita delle persone e rispecchia l'enfasi che, ad esempio negli Stati Uniti, viene posta sulla responsabilità individuale nei con-

Figura 13. Determinanti di salute, modello di Dahlgren e Whitehead (1991)



fronti della salute e delle malattie.

Appare quindi un aspetto fondamentale porre attenzione anche agli stili di vita individuali in quanto determinanti della salute insieme agli altri, come ad esempio il reddito. Un esempio del ruolo degli stili di vita viene dallo studio di Bertrand et al. (2008) in cui viene evidenziato come il consumo di frutta e verdura aumenti all'aumentare del reddito familiare (Figura 15).

Se quindi le disuguaglianze sono differenze legate anche alle scelte degli individui, il ruolo dei sanitari e della comunità è quello di fornire le informazioni corrette per favorire le scelte migliori. Se le disuguaglianze invece sono differenze naturali e inevitabili, il ruolo della comunità e dei servizi è tentare di compensare il più possibile gli effetti della natura sulla salute. Infine, se le disuguaglianze non sono naturali ma processi sociali attivi, allora il compito della comunità e dei professionisti sanitari è quello di intervenire direttamente sui processi stessi per modificarli (Di Girolamo e Martino, 2015). Inevitabilmente la letteratura insegna che per promuo-

vere la salute è necessario tenere in considerazione tutti i livelli di complessità citati.

L'epidemiologia sociale, ovvero lo studio della distribuzione delle malattie all'interno del contesto sociale in cui occorrono, il cui principale ambito di interesse sarebbe proprio quello dell'analisi delle disuguaglianze nella salute, ha permesso la definizione di diverse prospettive teorico-politiche sulle disuguaglianze e sui determinanti di salute che si differenziano sul piano dell'analisi politica e dell'attenzione riservata al ruolo dei sistemi economico-politici ed alle priorità e politiche nella produzione di esiti differenziali in salute (Krieger, 2011). Allo stesso tempo, alcuni approcci hanno come centro d'interesse i determinanti della salute, mentre altri si focalizzano maggiormente sullo studio dei determinanti della distribuzione differenziale della salute nella popolazione (Girolamo e Martino, 2015).

Una prospettiva interessante è quella proposta dall'epidemiologa americana Nancy Krieger che prende il nome di teoria ecosociale (Krieger, 1994). La

Figura 14. Determinanti della salute, modello dell'Institute for the future – IFTF (2010)

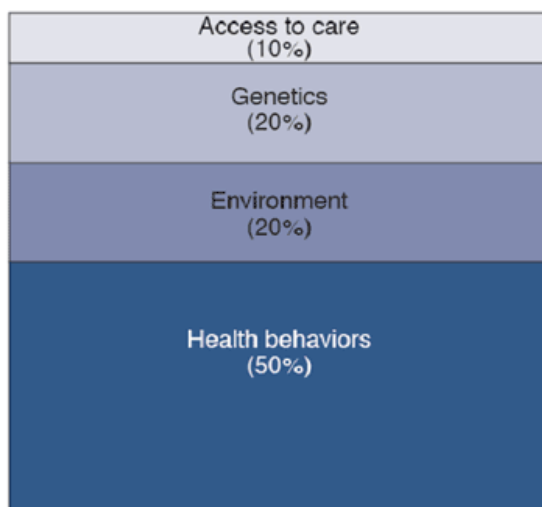
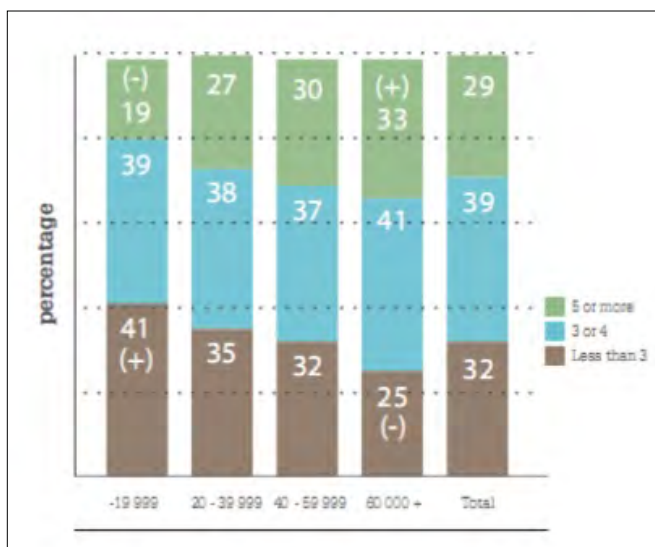


Figura 15. Distribuzione della popolazione di Montréal per reddito familiare e consumo giornaliero di frutta e verdure, (Bertrand et al., 2008)



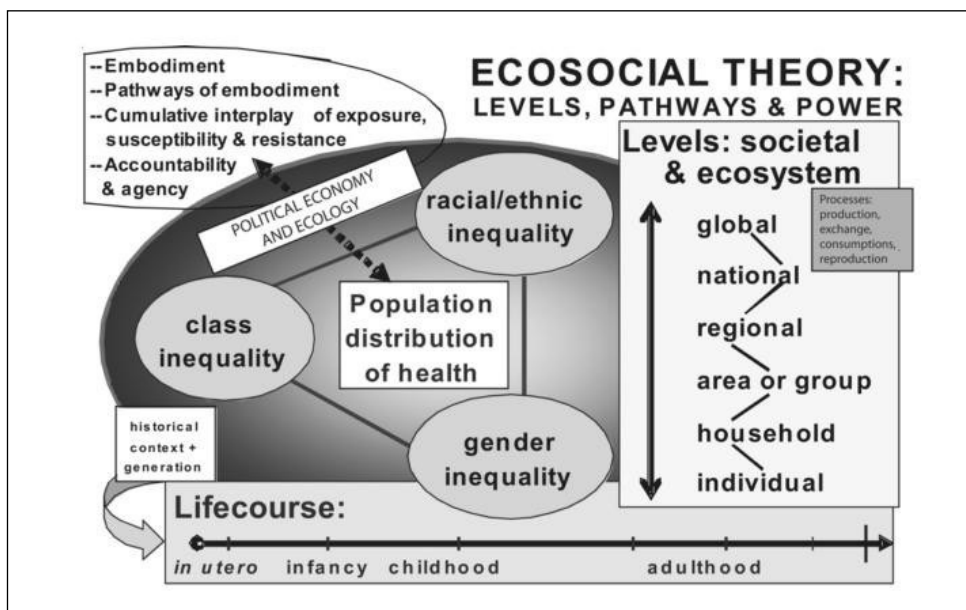
teoria ecosociale legge i fenomeni di salute e malattia in maniera processuale, analizzando l'insieme di cause interne che si verificano nella biologia degli esseri umani alla luce del contesto economico, politico e sociale, delle relazioni di potere e in una prospettiva profonda tanto da un punto di vista storico quanto geografico. Particolare rilevanza è data al contesto ecologico, inteso come spazio dinamico e multidirezionale di interazione tra individuo, popolazioni e

ambiente che, attraverso le loro multiple interconnessioni, si modellerebbero reciprocamente. Nello studio della salute spesso le interazioni tra individuo e ambiente vengono indagate in maniera parziale, attraverso discipline differenti che di fatto producono saperi frammentati e azioni non integrate con il risultato di disaggregare la realtà e di limitare l'utilizzo delle conoscenze nella pratica (ibidem). Partendo quindi da una continuità di analisi del piano biologico e

sociale, e riconoscendo che gli esseri umani sono contemporaneamente esseri sociali e organismi biologici, uno dei cardini della teoria ecosociale è il concetto di incorporazione, ovvero l'idea che "le persone letteralmente incorporano le esperienze vissute nei rispettivi contesti sociali ed ecologici, generando in tal modo modelli di produzione della salute e della malattia" (Krieger, 1994). Senza sminuire il ruolo e l'importanza delle caratteristiche biologiche e delle variazioni individuali nei processi di salute e malattia, l'idea di incorporazione presuppone che i determinanti di tali processi non possano essere ridotti meramente alle caratteristiche innate di ciascuno ma piuttosto debbano essere ricercati in fattori e dinamiche esogeni al corpo stesso. Il corpo e le sue manifestazioni patologiche diventano quindi l'espressione biologica di relazioni sociali; allo stesso tempo, il corpo non è visto solo come prodotto delle relazioni complesse che si danno nello spazio ecologico, ma anche come produttore delle relazioni stesse (ibidem).

La promozione della salute ha quindi le sue basi nel complesso sistema di azione dei determinanti di salute e nella creazione di disuguaglianze, per cui essa si esplica nel complesso delle azioni dirette non solo ad aumentare le capacità degli individui, ma anche ad avviare cambiamenti sociali, ambientali ed economici, in un processo che aumenti le reali possibilità di controllo, da parte dei singoli e della comunità, dei determinanti di salute (WHO, 1998). La medicina clinica si occupa delle cause più prossime (i determinanti prossimi), delle malattie (agenti infettivi, fisici, chimici) o dei fattori di rischio di specifiche patologie (es. l'iperglicemia, l'ipertensione). La sanità pubblica, per

Figura 16. La Teoria Ecosociale di Krieger (1994)



promuovere politiche e interventi di prevenzione, è alla ricerca delle “cause delle cause” (i determinanti distali o strutturali) (Maciocco, 2006). L’empowerment di persone/comunità consiste nella crescita del proprio potenziale, nel miglioramento delle abilità e della capacità di raggiungere i propri obiettivi di salute (WHO, 2008a).

Appare quindi fondamentale promuovere politiche basate sull’equità e non sull’uguaglianza, ed anche tentare il più possibile di ridurre le barriere sociali che determinano le disuguaglianze, tenendo a mente l’importanza del contesto in tutti gli interventi di promozione della salute, ponendo al centro il nodo della distribuzione ineguale del potere. In particolare ciò porta a riflettere sull’importanza della progettazione partecipata e del coinvolgimento di tutti i portatori d’interesse nella definizione di strategie volte al miglioramento delle condizioni di vita ed alla riduzione delle disuguaglianze. In tal senso è necessario acquisire un’ottica di complessità, che non si ponga in un’accezione riduzio-

nista delle problematiche sociali, molto più articolate di quanto sembra.

One Health – Salute Unica

È nel rapporto uomo-animale-ambiente che ha origine la gran parte delle minacce, delle preoccupazioni, dei problemi e delle soluzioni, che interessano le persone ed i ricercatori. Nessuna disciplina scientifica dispone delle conoscenze e delle risorse sufficienti per affrontare, singolarmente, le problematiche emergenti della salute della persona, che rappresenta il primo attore per la propria salute ed il proprio benessere.

Il concetto di One Health riconosce la relazione esistente tra uomo, animale e ambiente, rappresentando lo sforzo congiunto di più discipline professionali che operano, a livello locale, nazionale e globale, per raggiungere la migliore condizione di salute per persone, animali ed ambiente stesso. La One Health però non rappresenta solamente l'integrazione tra discipline diverse ma anche l'integrazione come metodologia di lavoro. Infatti tale approccio si contraddistingue innanzitutto come un modo di osservare ed analizzare la salute nella complessità dei suoi determinanti e delle strategie da porre in atto per garantirla (AVMA, 2008).

Il termine "One Medicine" fu introdotto per la prima volta da Calvin W. Schwabe (1927-2006), veterinario, epidemiologo e parassitologo, nel 1984 nel suo libro "Veterinary medicine and human health" (Zinsstag et al., 2011).

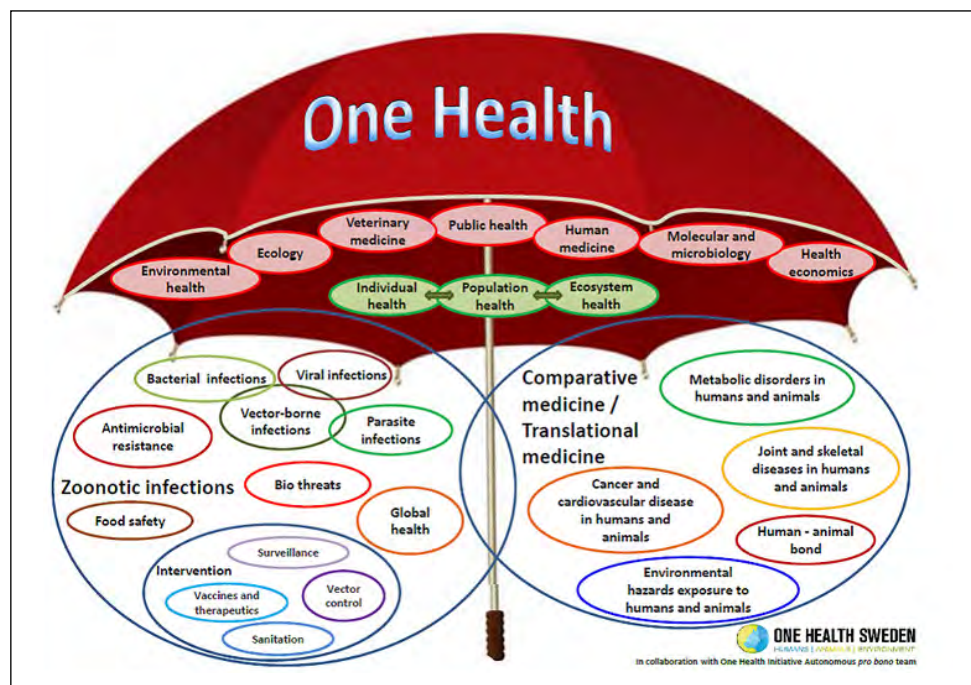
Due importanti definizioni di "Medicina Unica" vengono riportate da Adriano Mantovani, grande maestro della Sanità pubblica veterinaria italiana: da un lato pratica e scienza generale della salute e delle malattie dell'uomo e degli animali, dall'altro contributo che la medicina umana e la medicina veterinaria possono dare alla salute e al benessere delle persone e degli animali.

Un momento di evoluzione fondamentale del concetto di One Medicine si ha nel 2004 alla Rockefeller University di New York in occasione del simposio incentrato sulla globalizzazione delle malattie dell'uomo, degli animali domestici e selvatici. I rappresentanti di WHO, FAO, CDC e altre Organizzazioni internazionali delinearono le priorità per un approccio interdisciplinare nella lotta contro le minacce alla salute e all'ambiente del pianeta e presentarono

una lista di 12 principi, "The Manhattan Principles on One World, One Health" (WHO, FAO, CDC, 2004). Tali principi esortano i leader mondiali, la società civile, gli esperti di sanità pubblica, le istituzioni scientifiche, ad un approccio trasversale ed interdisciplinare alla prevenzione, sorveglianza e controllo delle malattie, in grado di garantire l'integrità biologica e la conservazione dell'ambiente per le generazioni future.

Si assiste così ad una progressiva evoluzione del concetto di "One Medicine" in quello di "One Health". I due termini possono essere considerati sinonimi, in quanto trovano basi comuni nei seguenti punti: il concetto di popolazione, l'interazione con l'ambiente, l'uso dell'epidemiologia per la sorveglianza ed il controllo di problemi comuni (umani, animali, ambientali), la necessità di considerare fattori biologici, chimici e fisici, la medicina preventiva come obiettivo fondamentale, la necessità di valutare i fattori socio-economici che riguardano l'intera materia della Sanità Pubblica. Da qui la definizione di One Health: "La salute unica rappresenta lo

Figura 17. Modello One Health proposto da One Health Sweden in cooperazione con One Health Initiative (2014)



sforzo di collaborazione multidisciplinare operante a livello locale, nazionale e mondiale per raggiungere uno stato di salute ottimale per le persone, gli animali e il nostro ambiente” (AVMA, 2008).

Ad ogni modo appare necessario fare chiarezza sulla terminologia per comprendere al meglio il modello della One Health proposto da One Health Sweden in cooperazione con One Health Initiative (2014).

In tal senso appare fondamentale sottolineare che alcuni termini, considerati spesso come sinonimi, in realtà si riferiscono anche a concetti in parte differenti. Ad esempio il termine “One Medicine” è principalmente, sebbene non esclusivamente, usato in relazione a malattie zoonotiche trasmissibili o contagiose, anche se naturalmente esistono altri aspetti sanitari che gli esseri umani e altre specie animali hanno in comune. In molti casi, gli animali sono

stati utilizzati come modelli per le malattie umane e in alcuni casi anche la conoscenza di alcune malattie o sindromi è stata trasferita a determinate specie animali. Questo fenomeno è spesso indicato come “medicina comparativa”. Il passaggio da “One Medicine” a “One Health” riflette in parte questo spostamento concettuale che invece presuppone una prospettiva più ampia, relativa non solo alle malattie infettive, ma anche alle questioni generali di salute pubblica, di medicina comparativa ed ecologia (Lerner e Berg, 2015). La medicina comparativa è, per definizione, basata sull’idea di confrontare gli esseri umani con una o più specie animali scelte, o viceversa. Quindi ha limitazioni dal punto di vista veterinario, poiché anche i veterinari sono spesso interessati a confrontare diverse specie animali tra loro, ma non necessariamente sempre compreso l’uomo.

Nel contesto di One Health il termi-

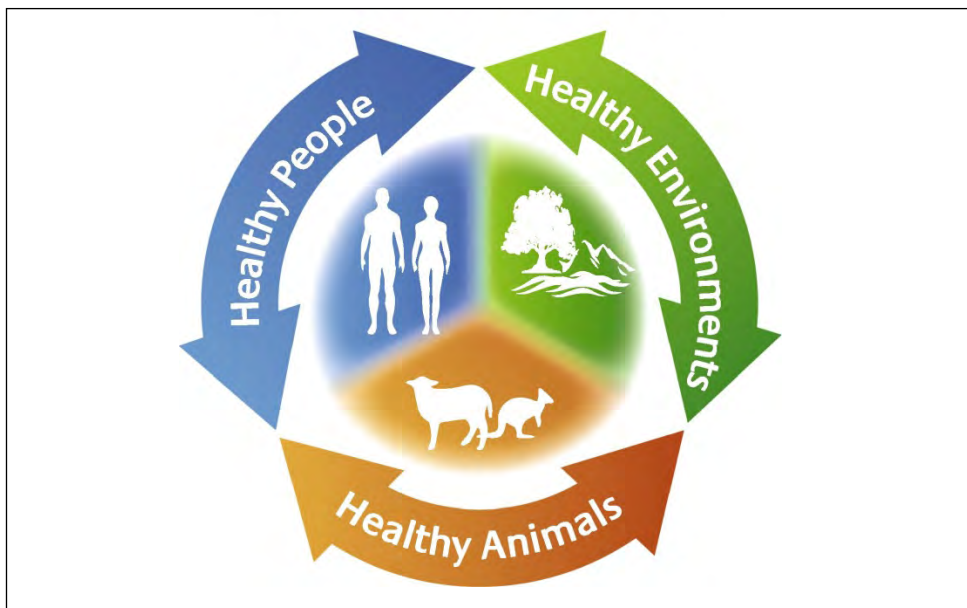
ne “medicina traslazionale” è talvolta menzionato e viene usato per illustrare come le diverse conoscenze nelle discipline scientifiche di base possano essere tradotte in nuove o migliorate terapie, procedure, strumenti diagnostici o politiche per individui e popolazioni. La medicina traslazionale può certamente essere considerata un aspetto rilevante di One Health, la differenza è che One Health rappresenta un approccio veramente multi ed interdisciplinare, cioè un concetto molto più ampio (si veda la figura 17; Lerner e Berg, 2015).

Secondo il modello di One Health Sweden e One Health Initiative, il concetto di salute quindi potrebbe essere definito su almeno tre livelli diversi: il livello individuale, di popolazione e dell’ecosistema. Al primo livello ci si riferisce a due concetti: la salute degli animali e la salute umana. Al secondo livello, invece alla salute della popolazione, umana e animale, in termini di Salute pubblica. Al terzo livello, in ultimo alla salute dell’ecosistema (Lerner e Berg, 2015).

In tal senso appare chiaro il riferimento ad un approccio triadico alla One Health, rappresentato in Figura 18, secondo cui la salute di ogni livello è inevitabilmente intersecata a quella degli altri livelli. Ad esempio le modificazioni dell’ecosistema collegate all’azione dell’uomo ed ai cambiamenti climatici, si ripercuotono sulla salute animale ed umana in un complesso sistema di interazioni (Thompson, 2013).

L’approccio One Health quindi riconosce che la salute delle persone è legata alla salute degli animali e dell’ambiente. Tutto ciò appare ancor più rilevante considerando che 2/3 delle malattie emergenti sono di provata o probabile origine animale (zoonotiche), come nei

Figura 18. Triade One Health (Thompson, 2013)



casi di SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome) e HIV (Human Immunodeficiency Virus).

L'aumentato contatto con animali domestici e selvatici o con ambienti "infetti", i cambiamenti climatici, la globalizzazione di persone, animali, vettori, alimenti, gli interventi umani di deforestazione, costruzione di dighe, abbandono delle aree montagnose, sono tutti elementi che stanno modificando profondamente la salute dell'ambiente, degli animali e dell'uomo, sottolineando quindi l'importanza di un approccio One Health nella ricerca e nella promozione della salute odierna.

In conclusione le sfide principali che l'approccio One Health si propone di affrontare sono legate ad alcuni ambiti principali quali: la modifica dell'ecologia degli agenti infettivi e quindi dell'epidemiologia delle malattie infettive; l'incremento dei consumi a fronte di un incremento della popolazione che deve tener conto del sovrasfruttamento delle risorse, delle modificazioni ambientali,

della carenza idrica ed alimentare, della perdita di biodiversità, dell'incremento delle farmacoresistenze, dei cambiamenti climatici; la globalizzazione con una particolare attenzione, ad esempio, alle problematiche legate all'incremento dei flussi migratori o alla ricerca di nuovi alimenti.



Salute e mercato



L'economia sanitaria negli ultimi anni di crisi economica si è occupata più di efficienza che di equità, secondo una logica sbagliata per cui si è cercato di spendere meno possibile per produrre più salute possibile, a fronte di un aumento della spesa sanitaria in tutta Europa. I paesi del nord Europa hanno attuato delle politiche di razionalizzazione di cui ancora oggi non sono noti gli effetti sulla salute, ma ciò che è certo è che in queste zone l'uscita dalla recessione è avvenuta prima che in altre. Tra queste ultime anche l'Italia, in ritardo rispetto ad altre nazioni europee.

L'aumento della spesa sanitaria pone il problema della sostenibilità fiscale a lungo termine dei Sistemi Sanitari, per cui, ad esempio in Italia, le politiche di gestione della crisi hanno riguardato principalmente interventi sul personale, aumento dei ticket, tassazione dei redditi per finanziare i servizi. Le logiche economiche però sono state frequentemente attuate senza tenere conto di quali effettivamente siano i risparmi ottenuti

con questi interventi e di quali siano gli effetti sull'equità e sulle disuguaglianze di salute.

Il rapporto OCSE sull'Italia del 2015 mostra come il decentramento fiscale della spesa sanitaria abbia aumentato il divario tra le regioni. L'Italia ha migliorato notevolmente la qualità dell'assistenza sanitaria negli ultimi decenni, ma deve affrontare le permanenti forti disparità soprattutto tra nord e sud. L'Italia infatti è al quinto posto tra i paesi OCSE nell'aspettativa di vita alla nascita (82,3 anni). I tassi di ricovero ospedaliero per asma, malattie polmonari croniche (bronco pneumopatia cronica ostruttiva - BPCO) sono tra i più bassi dell'area OCSE e quelli di mortalità a seguito di ictus o infarto sono ben al di sotto della media OCSE. Negli ultimi anni, il settore sanitario ha subito forti pressioni di contenimento della spesa nel contesto delle manovre di bilancio. Mentre l'Italia fornisce un'assistenza sanitaria di qualità e ad un costo relativamente basso, la lenta crescita della

spesa prima della crisi ed il taglio della spesa durante la crisi, hanno messo a dura prova le risorse. L'Italia deve assicurare che i continui sforzi per contenere la spesa sanitaria, non intacchino la qualità dell'assistenza stessa come principio fondamentale di governance. L'allocazione delle risorse regionali deve avere un focus sulla qualità ed essere collegata ad incentivi che ne consentano il miglioramento. A livello regionale, devono essere concordati piani di miglioramento della qualità con obiettivi specifici (OCSE, 2015).

Ad ogni modo la questione principale è relativa al fatto che i più grossi determinanti di salute si trovino però fuori dal sistema sanitario, in quanto relativi a reddito e classe sociale. Quando le disuguaglianze di salute derivano, dai vincoli di reddito, dai sistemi di finanziamento dei servizi sanitari, dall'accessibilità dei servizi ecc., e non tanto da scelte e preferenze degli individui, allora si possono considerare vere e proprie violazioni del principio di equità. Le disu-

guaglianze sono sottostimate in maniera significativa, in ogni studio statistico ed in ogni paese. Diverse ricerche dimostrano che società più disuguali tendono ad avere crescite più lente, maggiore instabilità politica ed un'ampia gamma di effetti negativi sulla salute e sulla società (Wilkinson e Pickett, 2012).

La disparità nel reddito è in gran parte legata al mondo del lavoro ed in particolare alla così detta "invidia sociale". Le politiche migliori per abbattere le disuguaglianze sono state portate avanti dai paesi del Nord Europa, che hanno tentato un'azione sulla distribuzione del reddito prima della tassazione, e dal Giappone che invece ha messo in campo delle strategie per evitare che la creazione di divario di reddito prima della tassazione sia compensata poi. In Italia i sistemi di tassazione locale, le imposte indirette e le modalità di finanziamento della spesa sanitaria basate su pagamenti diretti delle famiglie, appaiono come promotori di iniquità. In tal senso però esistono tutta una serie di misure volte al rendere più equi i sistemi caratterizzati da iniquità.

Viste queste considerazioni, appare molto importante la scelta di utilizzare un indicatore per aggiustare le stime del PIL in funzione dei determinanti di salute e dei fattori di disuguaglianza, come realizzato con l'introduzione del Better Life Index dell'OCSE (2016a), che cerca di quantificare la qualità della vita attraverso la misurazione di 11 variabili diverse: dalla casa al reddito, dall'educazione alla salute, dalla qualità dell'ambiente al lavoro, dalla sicurezza al coinvolgimento civico.

Better Life Index

Di seguito sono riportati i valori delle singole indicatori del Better Life Index

Figura 19. Better Life Index OCSE (2016a), Abitazione

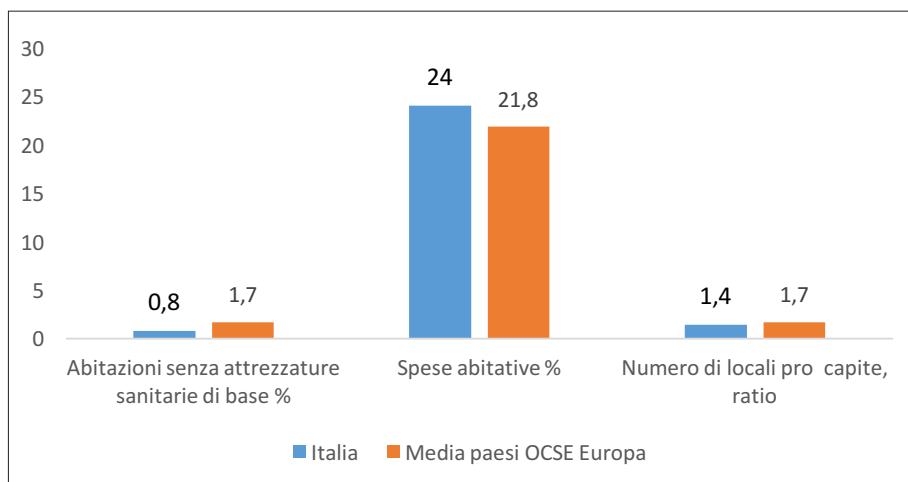


Figura 20. Better Life Index OCSE (2016a), Reddito

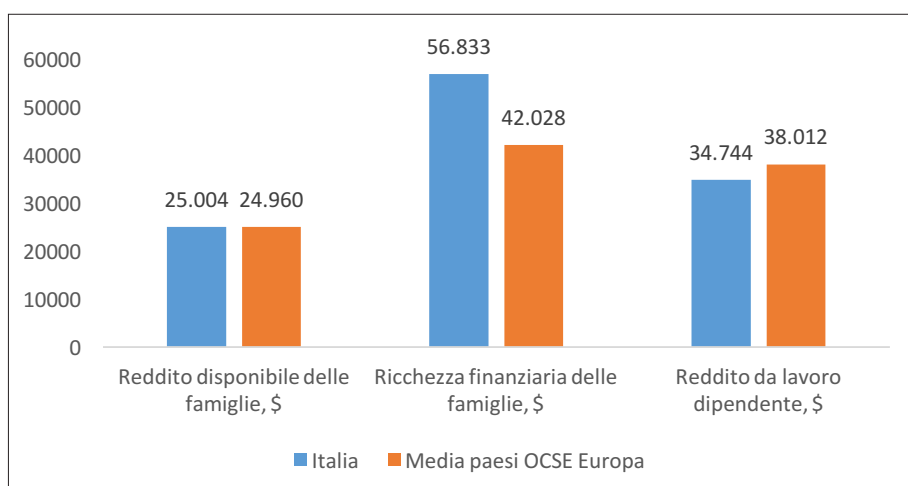


Figura 21. Better Life Index OCSE (2016a), Occupazione

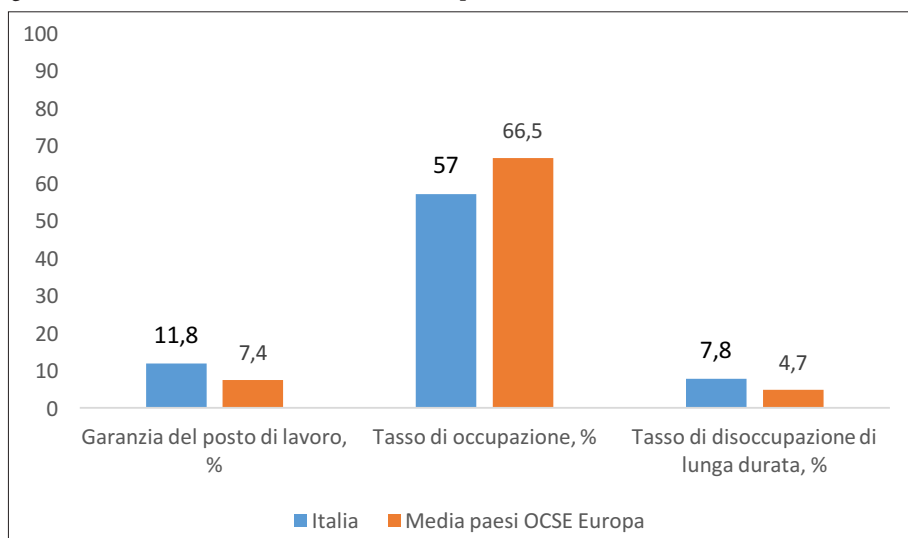


Figura 22. Better Life Index OCSE (2016a), Qualità della rete sociale

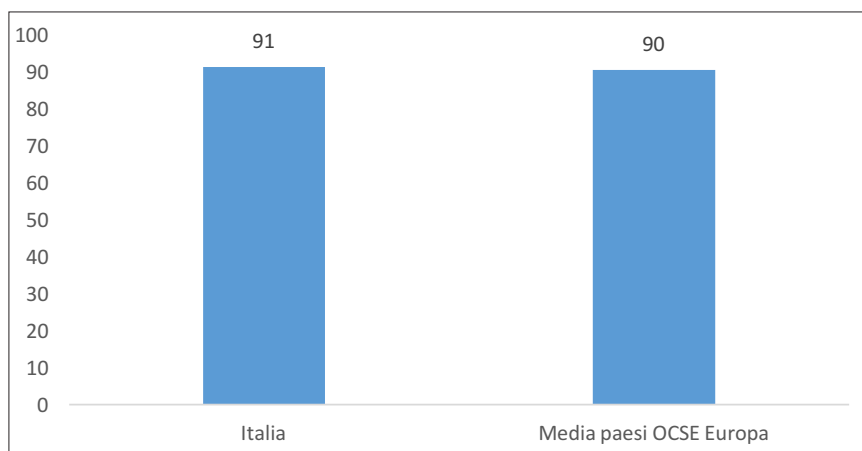


Figura 23. Better Life Index OCSE (2016a), Istruzione

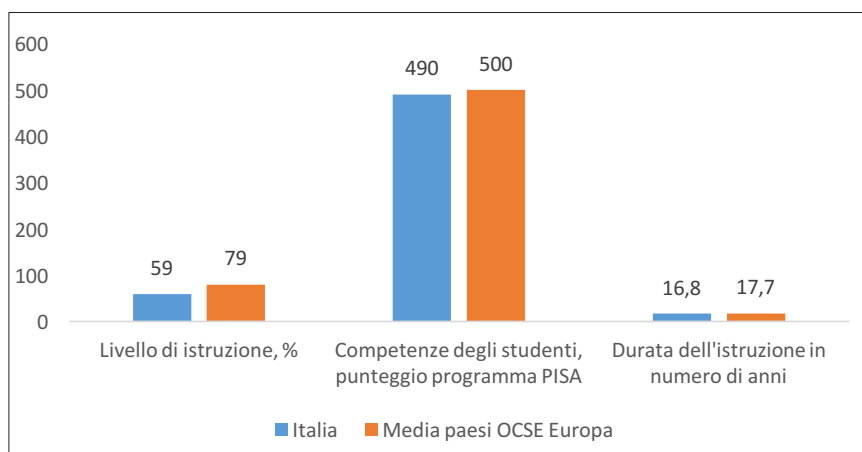
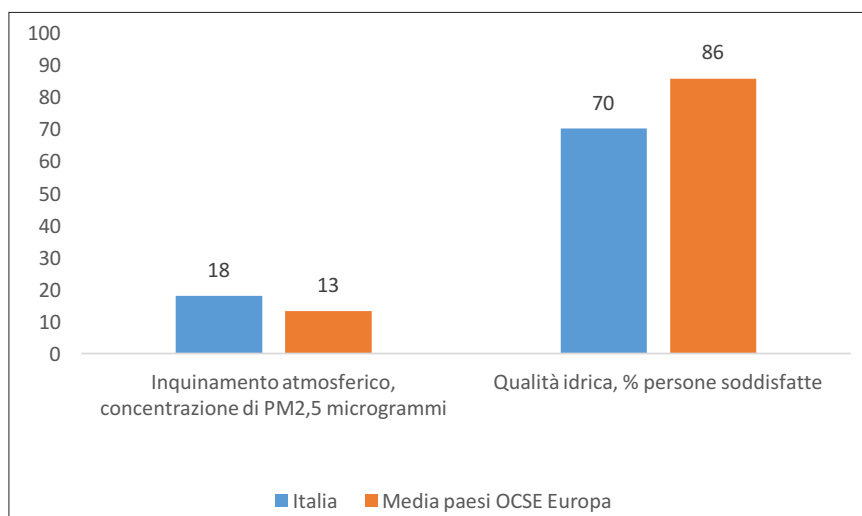


Figura 24. Better Life Index OCSE (2016a), Ambiente



per l'Italia, confrontate con la media dei paesi OCSE Europei.

L'Italia vanta buoni risultati in poche valutazioni sul benessere del Better Life Index, sia comparando i dati con la media di tutti i paesi OCSE (per una trattazione, OCSE 2016a), sia comparandoli con la media dei paesi OCSE Europei, più vicini al contesto socioculturale, economico e politico italiano.

L'Italia si colloca al di sopra della media dei paesi OCSE Europei in quanto a:

- Spesa abitativa: 24,0% su 21,8%;
- Reddito disponibile delle famiglie: 25.004\$ su 24.960\$;
- Ricchezza finanziaria: 56.833\$ su 42.028\$. Si riscontra, tuttavia, un notevole divario tra le fasce più ricche della popolazione e quelle più povere – il 20% più ricco della popolazione, infatti, guadagna circa il sestuplo delle somme guadagnate dal 20% più povero;
- Qualità della rete sociale: 91% su 90%;
- Garanzia del posto di lavoro 11,8% su 7,4%;
- Tasso di disoccupazione di lunga durata: 7,8% su 4,7%;
- Inquinamento atmosferico: 18 su 13 microgrammi PM2,5;
- Affluenza alle urne: 75% su 69%. Lo status socioeconomico può incidere sull'affluenza alle urne, stimata, rispettivamente, all'85% per il 20% più ricco della popolazione e al 73% per il 20% più povero;
- Aspettativa di vita: 82,8 anni su 80,3. L'Italia si attesta tra i massimi livelli rilevati in tale ambito tra i Paesi esaminati. In particolare, la speranza di vita è di 85 anni per le donne, a fronte di 80 anni per gli uomini;
- Tasso di omicidi: 0,8 su 1,2 per 100.000 persone.

L'Italia si colloca al di sotto della media dei paesi OCSE Europei in quanto a:

- Abitazioni senza attrezzature sanitarie di base: 0,8% su 1,7%;
- Numero di locali pro capite: 1,4 su 1,7;
- Reddito da lavoro dipendente: 34.744\$ su 38.012\$;
- Tasso di occupazione: 57,0% su 66,5%. In particolare, in Italia il 66% circa degli uomini ha un impiego retribuito, a fronte del 47% delle donne;
- Livello di istruzione: 59% su 79%.

Il 61% delle donne ha completato con successo il corso di studi secondari superiori, a fronte del 58% degli uomini;

- Competenze degli studenti tramite punteggio programma PISA: 490 su 500;
- Durata dell'istruzione: 16,8 anni su 17,7;
- Qualità idrica: 70% su 86%;
- Partecipazione delle parti interessate al processo normativo, indice OCSE: 1,5 su 2;
- Stato di salute percepita come buona o molto buona: 66% su 68%;
- Soddisfazione per la propria vita su una scala da 0 a 10: 5,8 su 6,5;
- Sicurezza camminando da soli di notte: 59,3% su 73,5%;
- Dipendenti con oltre 50 ore settimanali di lavoro: 3,83% su 5,07%;
- Ore al giorno dedicate al tempo libero e cura della propria persona: 14,89 su 15,14.

Le misure dei diversi indicatori del Better Life Index sono espresse in unità diverse, ad esempio percentuali e reddito in dollari. Per questo, al fine rendere paragonabili gli esiti dei diversi indicatori su una stessa scala, i valori sono stati normalizzati utilizzando il "min-max method", una formula statistica che varia da 0 a 10

Figura 25. Better Life Index OCSE (2016a), Impegno civile

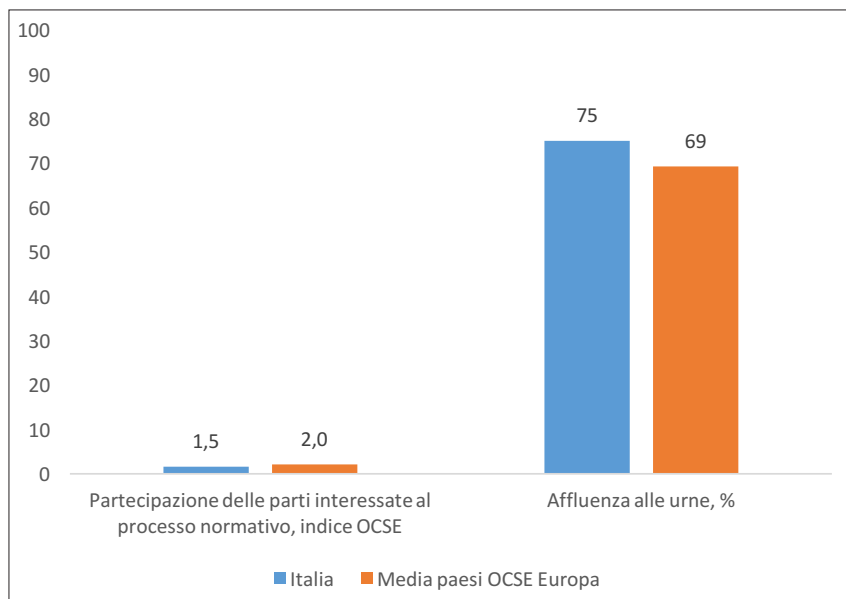


Figura 26. Better Life Index OCSE (2016a), Salute

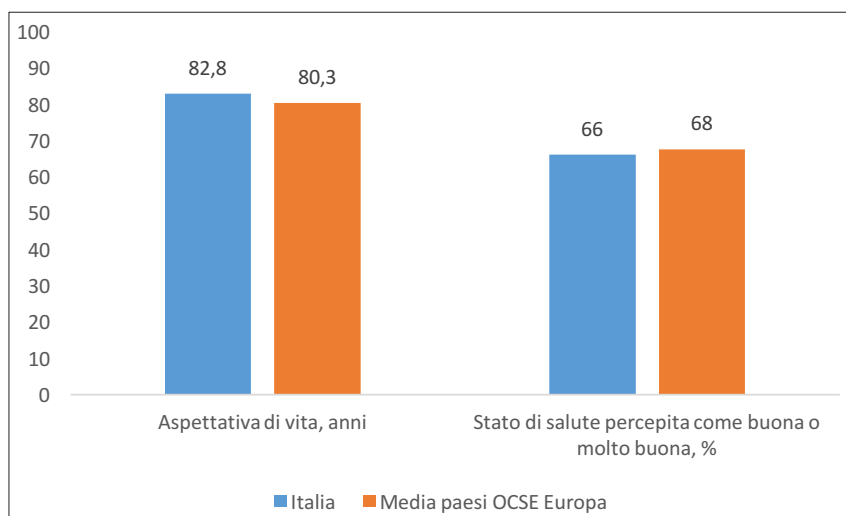


Figura 27. Better Life Index OCSE (2016a), Soddisfazione per la propria vita (scala 0-10)

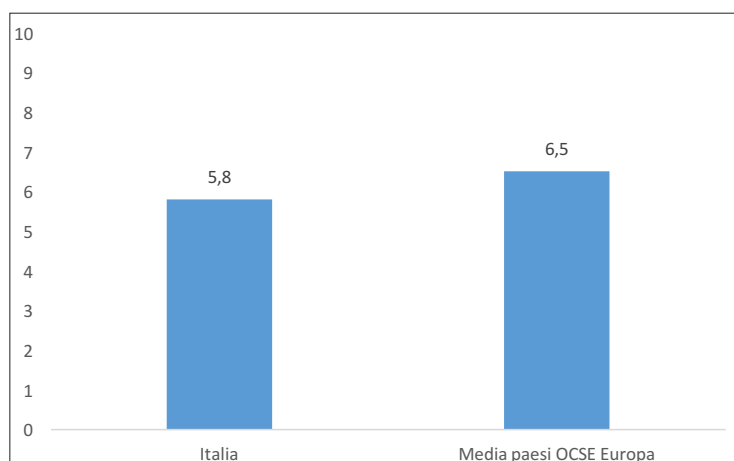


Figura 28. Better Life Index OCSE (2016a), Sicurezza

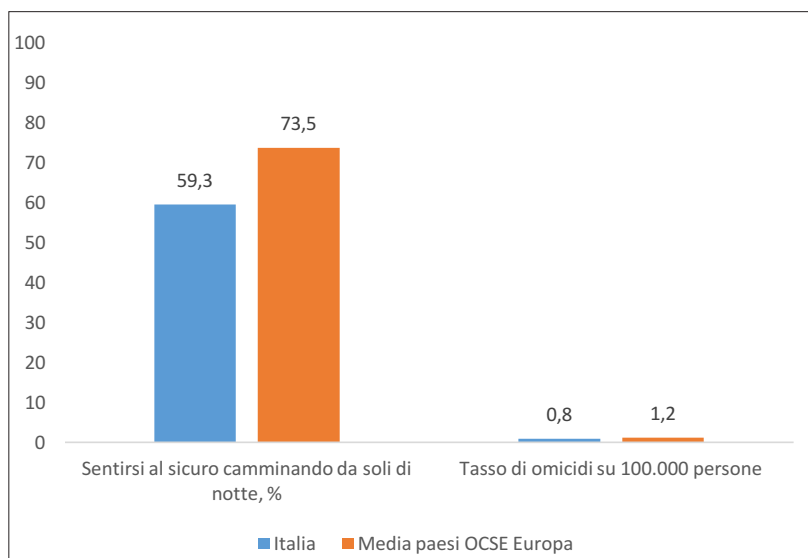
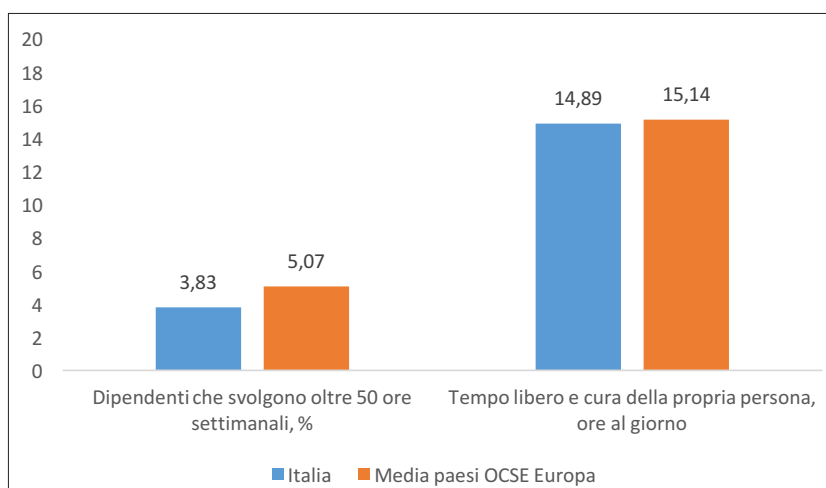


Figura 29. Better Life Index OCSE (2016a), Equilibrio lavoro-vita



(OCSE/European Union/JRC, 2008). Di seguito una rappresentazione grafica del Better Life Index dell'Italia secondo i valori normalizzati su scala da 0 a 10 (OCSE, 2016a). A seguire una rappresentazione grafica del Better Life Index per la Regione

Umbria secondo i valori normalizzati su scala da 0 a 10 (OCSE, 2016b). L'Umbria si mostra in linea con diversi valori nazionali, con anche valori migliori su diversi indicatori quali Istruzione, Ambiente, Impegno civico, Salute, Sicurezza. Valori più bassi a quelli nazio-

nali sono relativi invece a Occupazione, Relazioni sociali, Accesso ai servizi (ovvero percentuale di abitazioni che hanno una rete di accesso a internet).

Globalizzazione del mercato ed epidemie di origine alimentare

I processi di globalizzazione hanno fortemente modificato molti aspetti della vita quotidiana delle persone e delle relazioni tra nazioni, trasformando il mondo, le comunicazioni, la finanza, l'economia ed il mercato. Questa interdipendenza globale ha un impatto evidente sui determinanti di salute e quindi sulle politiche nazionali e internazionali messe in atto per la promozione e la tutela della salute (SNOP, 2011).

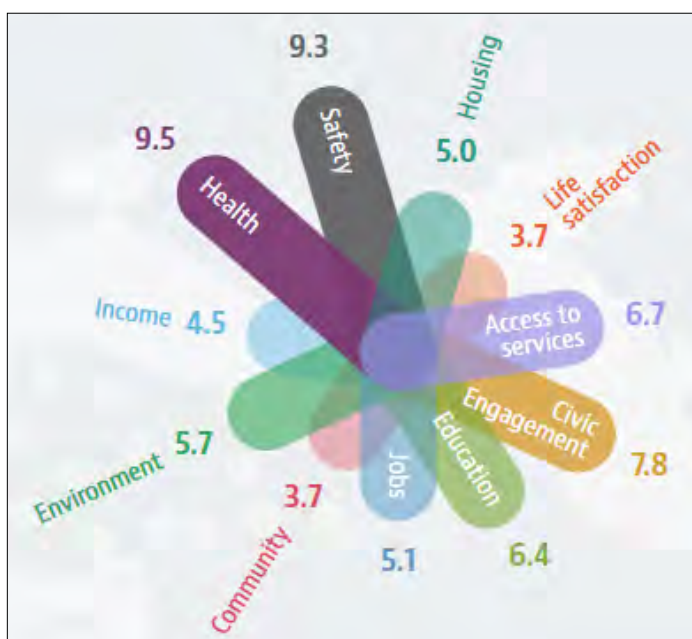
Si è visto che il processo di globalizzazione degli ultimi anni può essere individuato in alcuni aspetti (ibidem):

- Il cambiamento delle regole economiche, con la scomparsa ad esempio di molte delle tradizionali barriere doganali, oppure con l'arrivo sulle nostre tavole di alimenti non sempre di origine e controllo certi. Quest'ultimo punto soprattutto fa sì che alimenti contaminati vengano distribuiti su grandi aree geografiche, il che rende estremamente difficoltosa l'indagine epidemiologica tesa all'individuazione della fonte;
- Il cambiamento delle abitudini alimentari con aumento dei pasti consumati fuori casa, l'incremento di consumo dei cibi a lunga conservazione o importati;
- L'utilizzazione di nuove e complesse tecnologie nella produzione, preparazione e conservazione dei cibi;
- Il cambiamento della composizione della popolazione con aumento dei soggetti sensibili al rischio d'infezione (anziani e soggetti con sistema

Figura 30. Better Life Index Italia, OCSE (2016a)



Figura 31. Better Life Index Umbria, OCSE (2016b)



immunitario compromesso);

- L'impressionante accelerazione della circolazione globale delle informazioni e delle merci e la difficoltà nel conoscere la direzione ed i tempi dei loro movimenti;
- La comparsa sia di "patogeni emergenti", la cui responsabilità nell'insorgenza di focolai diventa sempre più importante, sia di nuovi veicoli prima sconosciuti;
- La grande circolazione delle persone per motivi turistici, lavorativi e, non da ultimo, a causa degli importanti flussi migratori.

Le più frequenti cause di malattie veicolate da alimenti sono batteri, tossine batteriche, virus e parassiti. La contaminazione dell'alimento può avvenire durante la produzione e la lavorazione dell'alimento, oppure durante la preparazione e la manipolazione.

In una pubblicazione del 2016 del Global Burden of Disease Study (GBD, 2016), viene riportato l'impatto di salute delle malattie nella popolazione mondiale, con un focus particolare sulle malattie trasmesse da alimenti, per le quali si evidenzia un impatto maggiore nei paesi a basso reddito, mentre in quelle ad alto reddito questo dato si annulla, ma si amplia il peso delle malattie croniche non trasmissibili.

Nell'ottica di monitorare i rischi provenienti dalla globalizzazione del mercato, è diventato fondamentale il Sistema di Sorveglianza per le Malattie a Trasmissione Alimentare (MTA) che rappresentano un importante problema di sanità pubblica. In Italia, le fonti di sorveglianza sulle MTA sono rappresentate, oltre che dalla banca dati del Sistema Nazionale di Sorveglianza delle Malattie Infettive, dal sistema di sorveglianza "ENTER-NET", che fa capo alla rete

europea di sorveglianza per gli enterobatteri patogeni. ENTER-NET è una rete europea per la sorveglianza delle infezioni enteriche che è stata inserita nel sistema di monitoraggio delle infezioni trasmesse da alimenti e acqua (Foodborne and Waterborne Diseases, FWD) coordinato dal European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). L'Italia è rappresentata nella rete dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) che coordina un sistema di sorveglianza costituito da laboratori del Servizio Sanitario Nazionale operanti nei settori umano, veterinario e ambientale. I dati raccolti attraverso ENTER-NET Italia vengono regolarmente inviati, in un formato standardizzato, all'ECDC attraverso il sistema TESSy (The European Surveillance System).

Strumento fondamentale della rete è l'Agenzia Europea per la sicurezza degli alimenti (European Food Safety Authority - EFSA), che pubblica un report annuale sulle malattie infettive trasmissibili dagli animali all'uomo (zoonosi) e produce raccomandazioni scientifiche per prevenire e ridurre le malattie trasmesse da alimenti in Europa. In particolare l'EFSA coordina il Rapid Alert System in Feed and Food (RASFF), sistema che ha lo scopo di gestire il flusso informativo internazionale europeo sulle infezioni trasmesse da alimenti e sulle minacce legate al cibo. Il RASFF pubblica un bollettino settimanale in inglese, disponibile on line. In Italia il Ministero della Salute fa da ponte con il resto del Servizio Sanitario Nazionale rilanciando le informazioni sui pericoli per il nostro Paese e raccogliendo notizie che possano riguardare pericoli per il resto dell'Europa dalle Aziende Sanitarie Locali (ASL), dalle Agenzie Regionali per la Protezione dell'Ambiente

(ARPA), e dagli Istituti Zooprofilattici Sperimentali (IZS).

L'efficienza ed efficacia di tali sistemi, ma anche la grande complessità del lavoro, è evidenziata da una serie di casi paradigmatici relativi all'impatto a livello globale delle malattie a trasmissione alimentare in particolare ad esempio per una serie di epidemie: quella di Escherichia Coli avvenuta nel 2011 in Germania che ha contato 3.842 casi e 53 decessi, quella di Epatite A in Italia nel 2013/2014 con 1.438 casi solo a livello nazionale, quella di Listeria negli USA nel 2016 e quella di Escherichia Coli tra Romania ed Italia nel 2016. In tutti i casi ha avuto un ruolo determinante la rete di allerta comunitaria rapida RASFF e il lavoro di tracciabilità che ha consentito di comprendere a quale livello della catena alimentare fosse avvenuta la contaminazione. Quanto più a monte della catena avviene la contaminazione, tanto maggiore è il rischio di produrre effetti dannosi per i consumatori.

Un altro fattore di complessità è anche legato alla sempre maggiore tendenza all'importazione di molti prodotti ed in tal senso appare cruciale il ruolo di nazioni che rappresentano degli importanti nodi di produzione o di commercio dei prodotti alimentari. Il maggior numero di RASFF ad oggi deriva infatti dai paesi asiatici, quali ad esempio Cina ed India, ma anche dall'Italia o dal Brasile, in quanto questi visto l'importante ruolo di produzione, motivo per cui le probabilità di problematiche di contaminazione alimentare sono maggiori.

Alla luce di ciò appare fondamentale investire su una promozione del consumo consapevole e di una maggiore attenzione alla provenienza degli alimenti.

Migrazioni e Salute



Le migrazioni sono un fenomeno antico come l'umanità, tanto che si può affermare che gli umani siano "una specie migratoria" (Ambrosini, 2005).

In cento anni di storia dell'emigrazione sono usciti dall'Italia circa 60 milioni di italiani. Nel primo decennio del '900 erano in media 600.000 italiani che espatriavano ogni anno. La cifra record si è registrata nel 1913 con quasi 900.000 individui. Attualmente ci sono nel mondo oltre 5 milioni e mezzo di italiani (Stella, 2010).

Ripercorrendo la storia delle migrazioni degli ultimi secoli, tra il 1840 e il 1914 le Americhe e l'Australia sono state terre di immigrazione, mentre l'Europa terra di emigrazione. L'immigrazione era considerata indispensabile, quindi libera. Tra le due Grandi Guerre (1914-1945), gli eventi bellici e la grande depressione del 1929 causarono una flessione dei flussi migratori che da liberi divennero vincolati da quote annuali, vennero cioè stabiliti dei criteri di selezione per gli immigrati, cosa che con-

tribù all'inasprimento della percezione sociale dello straniero. Nel dopoguerra, tra il 1945 e il 1970, l'Europa passò da terra di emigrazione a terra di immigrazione. La ricostruzione del dopoguerra, lo sviluppo della grande impresa e la decolonizzazione in Africa, attrassero grandi masse di persone. La migrazione venne socialmente considerata come un fenomeno temporaneo e vincolata al lavoro. Durante la fase post-industriale (1970 ad oggi) il fenomeno migratorio cessò di essere considerato come questione economica e iniziò ad essere interpretato come questione politica. In questa cornice nacquero i termini attuali delle migrazioni: regolare, irregolare, clandestino, rifugiato politico (Ambrosini, 2005). Il fenomeno migratorio in atto non è che una delle tante modalità attraverso cui, a causa della globalizzazione, i sud" dipendono da, ma anche finanziano, e permettono lo sviluppo dei nord" (Tognoni et al., 2010).

Le tipologie di categorie con le quali definiamo e classifichiamo i migranti

(gli uomini) non esistono in natura, ma sono il frutto di processi di costruzione sociale e che quindi ciò che scegliamo di definire come migrante è sempre una decisione arbitraria e valida solo con riferimento a un dato momento, destinata dunque a essere rimessa in discussione (Zanfrini, 2007).

Le politiche migratorie condizionano il volume e la composizione dell'immigrazione, così come lo status dei migranti in funzione dell'utilità che questi possono avere per lo Stato ospite. La conseguente sensazione di totale perdita di controllo dei flussi, ha portato negli ultimi due decenni ad un ulteriore irrigidimento delle politiche migratorie internazionali che, considerando ormai non più funzionale la presenza degli stranieri, hanno contribuito "a definire socialmente - oltre che politicamente - l'immigrazione come un «pericolo», qualcosa da cui difendersi e da contenere nelle sue dimensioni" (ibidem).

I processi migratori possono essere classificati come segue (IOM, 2017):

Figura 32. Modello push-pull e determinanti micro e macrosociali

	Fattori di espulsione (push factors)	Fattori di attrazione (pull factors)
Determinanti Strutturali (macrosociali)	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Fattori economici</i> (povertà; mancanza di lavoro; aumento delle disuguaglianze economiche; rimesse economiche vs aiuti per lo sviluppo) - <i>Fattori politici</i> (guerre; instabilità politica; persecuzioni) - <i>Fattori sociali</i> (crescita demografica; mancanza/carenza welfare state: servizi socioassistenziali, educazione scolastica; assistenza sanitaria) - <i>Fattori ambientali</i> (riscaldamento globale; deforestazione; desertificazione; riduzione disponibilità acqua potabile) 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Fattori economici</i> (salari più elevati; disponibilità di lavoro) - <i>Fattori politici</i> (condizioni di pace; stabilità governativa; rispetto dei diritti umani) - <i>Fattori sociali</i> (invecchiamento popolazione; maggiori opportunità di usufruire di servizi sociali; strutture scolastiche e sanitarie pubbliche) - <i>Fattori ambientali</i> (condizioni ambientali favorevoli e sicure)
Scelte Personali (microsociali)	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Fattori culturali</i> (credenze/leggende) - <i>Fattori linguistici</i> (passato coloniale) - <i>Scelte familiari</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Fattori culturali</i> (stili di vita e modelli di sviluppo consumistici esportati) - <i>Fattori linguistici</i> (maggiore facilità di integrazione) - <i>Presenza di forti comunità</i> (network sociali)

- **Migrazioni Volontarie:** movimenti migratori regolari o irregolari di persone attraverso ogni Stato; spostamenti o verso lo Stato di impiego lavorativo o dallo Stato di impiego verso lo Stato di residenza originale.
 - **Migrazioni Forzate:** termine generico per descrivere un movimento migratorio in cui esista un elemento di coercizione che, attraverso eventi naturali od umani, rappresenti una minaccia alla vita e al suo sostentamento. Di questa categoria fanno parte rifugiati e profughi per cause politiche, conflitti bellici, disastri ambientali e carestie.
 - **Migrazioni di Ritorno:** movimento di una persona che rientri, volontariamente o no, nel suo paese di origine o di residenza abituale dopo aver trascorso almeno un anno in un altro paese. Le migrazioni di ritorno prevedono anche il rimpatrio volontario.
- Un modello di analisi dei fenomeni mi-

gratori è il “Modello push-pull”, che considera l’interazione tra i fattori di espulsione (push factor), che inducono le persone a lasciare il loro paese (come problemi economici, sociali o politici), ed i fattori di attrazione (pull factor), che li attirano nel paese di destinazione (IOM, 2017). Tali fattori si combinano con determinanti strutturali o macrosociali e scelte personali o microsociali, producendo il complesso sistema di fattori rappresentato nella Figura 32. Come riportato nel Rapporto sulla protezione internazionale in Italia (Autori Vari, 2016), tra il 2015 e il 2016 si è assistito all’acuirsi e cronicizzarsi di molte situazioni di guerra, tanto che nel mondo si contano 35 conflitti in atto e 17 situazioni di crisi. Tali scenari di guerra provocano la fuga di un grandissimo numero di persone. Altri motivi di fuga sono costituiti dalle disuguaglianze economiche, dalle disuguaglianze nell’accesso al cibo (per mancanza di

un’equa distribuzione della produzione mondiale) e all’acqua, dal fenomeno del cosiddetto “land grabbing” (riguardante gli effetti di pratiche di acquisizione su larga scala di terreni agricoli in paesi in via di sviluppo, che si realizzano mediante affitto, o acquisto, di grandi estensioni agrarie da parte di imprese transnazionali, governi stranieri, o singoli soggetti privati – fonte Wikipedia), e dall’instabilità creata dagli attentati terroristici (Autori Vari, 2016). Nel mondo nel 2015 si contano 244 milioni di migranti, di cui 65,3 milioni sono migranti forzati suddivisi tra (ibidem):

- Richiedenti asilo (3,2 milioni);
- Rifugiati (21,3 milioni)
- Profughi.

In Europa nel tentativo di definire ulteriormente le specificità di ogni gruppo di popolazione migrante, se la persona proviene da Paesi a forte pressione migratoria (PFPM) extra-europei, si può parlare di:

- Regolarmente presenti in quanto in possesso di permesso di soggiorno;
 - Irregolari: non hanno un permesso di soggiorno che avevano in precedenza e che non hanno potuto rinnovare;
 - Clandestini: non hanno e non hanno mai avuto un permesso di soggiorno.
- Se provenienti da PFPM appartenenti all'Unione Europea, le persone possono risiedere regolarmente in Italia se ne hanno titolo, ovvero siano iscritti nelle anagrafi comunali; se non hanno i requi-

siti necessari, non possono risiedere in Italia per più di tre mesi e non possono iscriversi nelle anagrafi comunali.

È importante distinguere anche tra la condizione di rifugiati e richiedenti asilo. Il rifugiato è quella persona che “temendo con ragione di essere perseguitata a causa della sua razza, della sua religione, della sua nazionalità, della sua appartenenza a un certo gruppo sociale o delle sue opinioni, si trova fuori del paese [...]” ha, secondo quanto sancito

dalla Convenzione di Ginevra del 1951 (ONU, 1951), il diritto alla protezione e all'assistenza da parte del paese che lo ha accolto. Il richiedente asilo è colui che ha fatto richiesta di rifugio politico ma che ancora non sa se la sua domanda verrà accettata (Osservatorio Epidemiologico sulle Diseguaglianze/Agenzia Regionale Sanitaria Marche, 2009).

Di seguito vengono riportati alcuni dati relativi alla popolazione migrante a livello mondiale.

Figura 33. Paesi con il maggior numero di migranti, in milioni (Caritas e Migrantes, 2016)

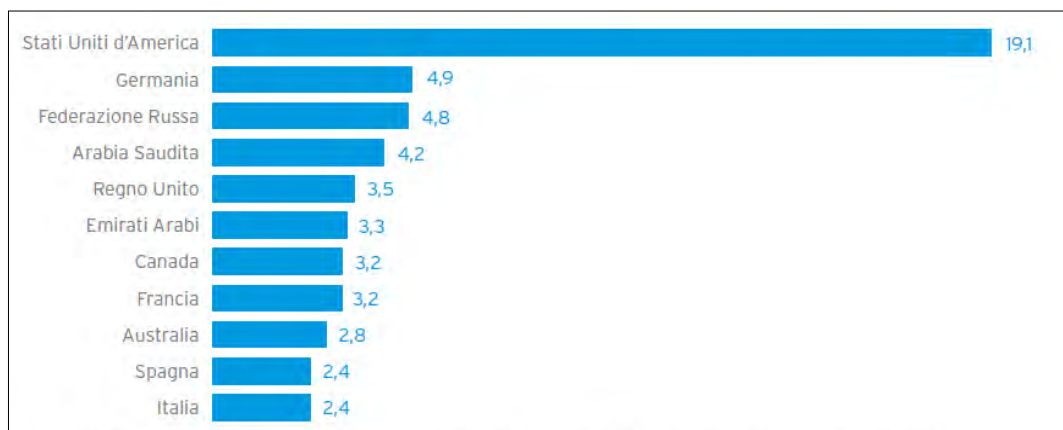


Figura 34. Fonte Rapporto sulla protezione internazionale in Italia (Autori Vari, 2016)

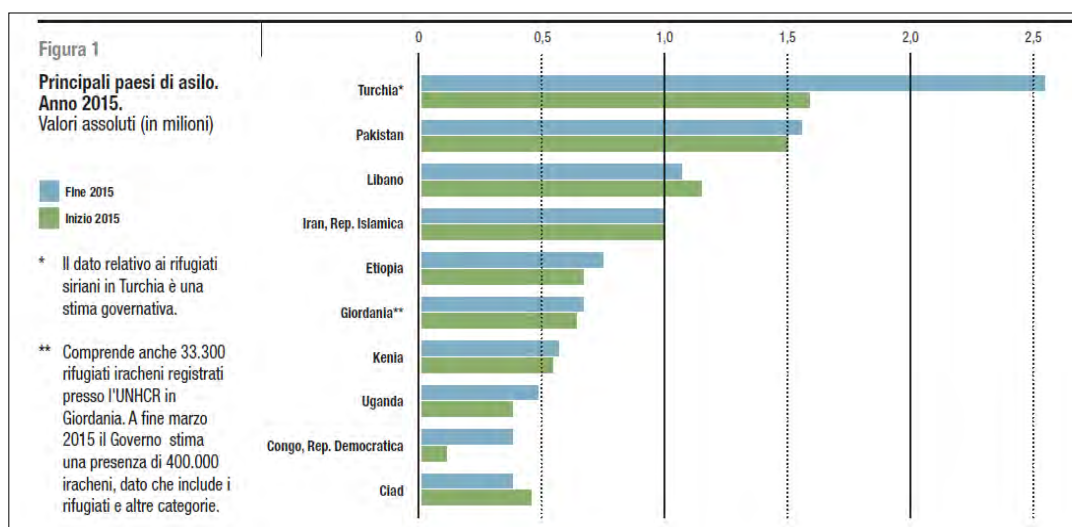
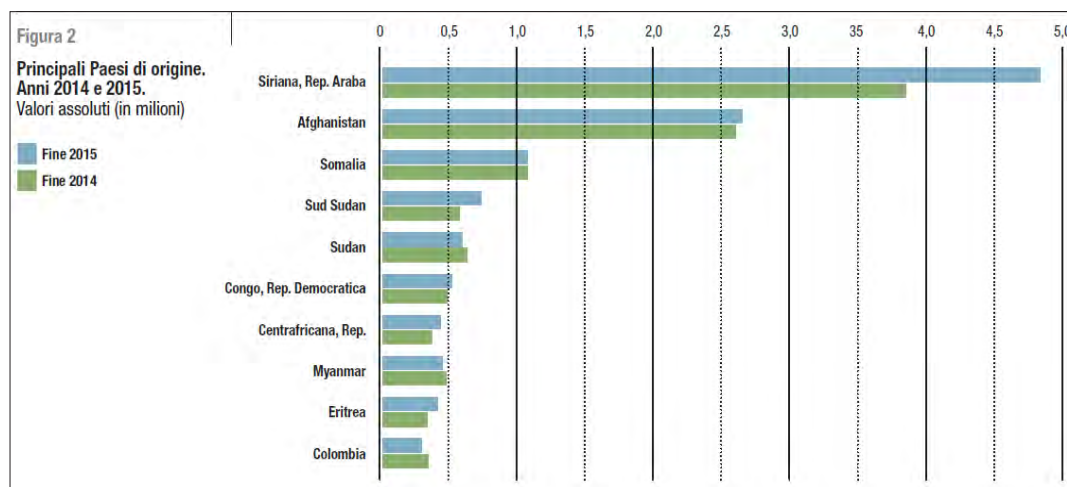


Figura 35. Fonte Rapporto sulla protezione internazionale in Italia (Autori Vari, 2016)



In Italia sono regolarmente presenti 5.498.000 immigrati secondo i dati IDOS di fine 2015 (IDOS, 2016), mentre i dati Istat (2017) parlano di 5.047.028 regolarmente residenti al 1 gennaio

2017, ovvero l'8,3% della popolazione residente. Di seguito la ripartizione degli immigrati nelle zone geografiche italiane e la provenienza dei cittadini residenti immigrati:

I paesi europei sono generalmente l'ultimo approdo per i migranti che spesso si spostano nei paesi limitrofi, come evidente in Africa. Ad esempio l'Uganda accoglie attualmente oltre 800.000

Figura 36. Fonte Dossier Statistico Immigrazione 2016 (IDOS, 2016), Ripartizione territoriale

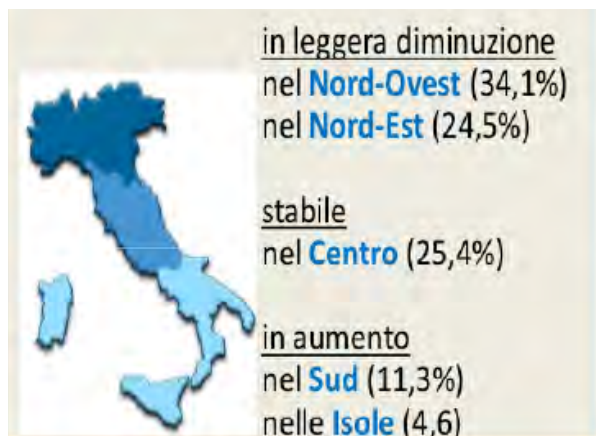


Figura 37. Provenienza cittadini residenti immigrati, dati ISTAT (2017)

Paese d'origine	Residenti	%
Romania	1.168.552	23,15
Albania	448.407	8,88
Marocco	420.651	8,33
Cina	281.972	5,59
Ucraina	234.354	4,64
Filippine	166.459	3,30
India	151.430	3,00
Moldova	135.661	2,69
Bangladesh	122.428	2,43
Egitto	112.765	2,23
Pakistan	108.204	2,14
Sri Lanka (ex Ceylon)	104.908	2,08
Senegal	101.207	2,01
Perù	99.110	1,96
Polonia	97.062	1,92

rifugiati sud sudanesi. Di questi, circa 572.000 sono arrivati a partire dall'8 luglio 2016, alla ricerca disperata di sicurezza ed assistenza. Alla luce dell'attuale numero di arrivi, questo dato dovrebbe aver oltrepassato il milione entro la metà del 2017. Oltre 172.000 rifugiati sud sudanesi sono fuggiti in Uganda solo quest'anno, con una media di oltre 2.800 arrivi al giorno nel mese di marzo (Caritas e Migrantes, 2016).

La medicina delle migrazioni

“La medicina delle migrazioni in Italia è anche la cronaca di un incontro, avvenuto sul piano del bisogno, ma che progressivamente ha fatto intravedere e scoprire la necessità di incontrarsi sul piano anche della cultura, del sapere, della condivisione di esperienze, stimoli, sensazioni. L'incontro con lo straniero immigrato è uno dei momenti nuovi dell'essere impegnati nel campo sanitario in Italia e questo non perché da ciò nascono nuove problematiche o nuove esigenze ma perché è nuovo il modo in cui queste problematiche e queste esigenze si pongono” (Geraci, 2005). L'incontro con persone di altre culture è un ambito straordinario per costruire pregiudizi, facilitati dal fascino e dal timore dell'esotico evocati nell'incontro con persone che vengono da altri mondi. Tali idee preconette possono interferire nella relazione con gli immigrati (Geraci, 2006).

In tal senso Colasanti e Geraci (1990) propongono uno schema interpretativo della relazione tra operatore sanitario ed immigrato basato su tre fasi, partendo dall'analisi degli atteggiamenti e comportamenti che medici ed altri operatori mettono in atto all'interno di tale relazione. Questo schema fu integrato da Mazzetti (1996) che analizzò il “percor-

Figura 38. Schema interpretativo della relazione operatore sanitario-immigrato(Geraci, 1990; Mazzetti, 1996)

	Operatore sanitario	Paziente
1^ Fase esotismo	Sindrome di Salgari	Sindrome del General Hospital
2^ Fase scetticismo	“questo non ha niente” “mi fa solo perdere tempo”	“questo medico non vale molto” “mi curano male perché sono straniero”
3^ Fase criticismo	<ul style="list-style-type: none"> • superare i pregiudizi • considerare la diade operatore sanitario/paziente 	<ul style="list-style-type: none"> • accettare i limiti del medico e della medicina • comprendere cosa è realisticamente possibile avere

so parallelo” in tre fasi relative al vissuto dell'immigrato che si relaziona con il personale sanitario (Geraci, 2006).

La prima fase, quella che è stata definita dell'esotismo, vede, come suo elemento centrale, l'intensa ed articolata produzione di “immagini dell'altro”, definite come Sindrome di Salgari nell'operatore sanitario e Sindrome del General Hospital nel migrante. Lo straniero è in primo luogo un agente contaminante: il medico o l'infermiere si aspettano di trovare il paziente affetto da chissà quali strane malattie, cosa che implica il contatto con il pericolo esotico, ma anche una maggior protezione dal potenziale contagio. Tutto ciò si contrappone all'evidenza legata al fatto che tendenzialmente i migranti sono invece persone in buone condizioni di salute, provate nel fisico non dalla provenienza da una particolare area geografica o dal contatto con improbabili malattie esotiche, ma dal viaggio drammatico per fuggire dalle proprie terre d'origine e dalle deboli politiche di accoglienza ed integrazione. In tal senso si parla quindi “dell'effetto migrante sano” (Parkin, 1992) che si contrappone quindi alla Sindrome di Salgari, in quan-

to non parte chi sta male, ma colui che ha più possibilità di riuscita in un progetto migratorio che spesso vede nell'integrità fisica la condizione essenziale per inserirsi nel mercato del lavoro del paese ospitante. Il migrante sano però, all'arrivo a destinazione, diventa un “migrante esausto” (Bollini e Siem, 1995). Numerosi infatti sono i determinanti sociali della salute degli immigrati nei paesi ospitanti, tra cui povertà (mancanza/insufficienza di reddito, scarsa tutela sul lavoro, precarietà abitativa, alimentazione sbilanciata), disagio psicologico (difficoltà relazioni, mancanza di supporto psico-affettivo, sradicamento culturale, fallimento del progetto migratorio), difficoltà di accesso ai servizi sociosanitari (barriere giuridiche, burocratiche, organizzative, relazionali). L'effetto migrante sano perde però la sua definizione nei casi di migranti forzati, in quanto le situazioni drammatiche di provenienza, non consentono molte distinzioni nelle persone che emigrano. L'immigrato di converso, in questo primo contatto con il sistema sanitario, vive nella Sindrome del General Hospital una sorta di “esotismo capovolto”, conseguente al mito

dall'alta tecnologia e dell'efficienza sanitaria che lo portano quindi a pensare alla possibilità di un intervento fortemente risolutore per le sue problematiche (Colasanti, Geraci, 1990; Mazzetti, 1996; Geraci, 2006).

A questa fase d'esotismo segue il periodo dello scetticismo. Spesso la domanda insistente di cura viene interpretata come una forma di ipocondria per cui il paziente viene visto come un "lavativo", un "malato immaginario", un "perditempo". Di contro il paziente immigrato vede crollare la propria aspettativa di una sanità occidentale ipertecnologica, pronta ed efficiente, scontrandosi con percorsi assistenziali inappropriati, risposte lente, inconsistenti. C'è quindi nuovamente una simmetria tra aspettative e conseguenti atteggiamenti tra operatori sanitari e pazienti immigrati (ibidem).

A questo punto si presenta la terza fase, detta del criticismo, nel doppio senso di crisi e di criterio: crisi in cui ci si accorge di non aver capito nulla della persona-paziente, ma anche individuazione dei propri criteri di giudizio. Rappresenta la fase in cui, dopo la delusione, si oltrepassano le immagini esaminate per incontrare la persona reale, sia nei panni dell'operatore sanitario che in quelli del paziente immigrato, che quindi acquista una più reale consapevolezza su ciò che è possibile chiedere e su ciò che il medico e l'infermiere possono concretamente rispondere (ibidem).

I gruppi con pregressa esperienza migratoria hanno tendenzialmente uno stato di salute peggiore, come evidenziato da un'aspettativa di vita inferiore alla popolazione generale, una mortalità infantile maggiore, accessi scorretti ai servizi più frequenti, maggior rischio di prestazioni inadeguate. Per quanto ri-

guarda l'esposizione a fattori di rischio, tendono ad essere costretti a vivere in abitazioni di bassa qualità, sovraffollate, spesso confinati in aree urbane degradate, con meno servizi ed in cui è maggiore la criminalità. Le persone che hanno sperimentato la migrazione hanno mediamente, rispetto al resto della popolazione, tassi di povertà più elevati, tassi di disoccupazione più alti, ricevono salari più bassi e sono maggiormente dipendenti dall'aiuto pubblico. A livello lavorativo sono più frequentemente assunti con ruolo di "non specializzati", in situazione di irregolarità e sottopagati, sono sottoposti a lavori ad alto rischio per via dell'esposizione a sostanze tossiche o ad ambienti di lavoro insalubri, con misure di protezione o equipaggiamento inadeguate o assenti, con orari di lavoro prolungati e con tutela insufficiente. A questo vanno aggiunti i problemi di natura linguistica o culturale, che possono aumentare il rischio lavorativo. In effetti il tasso di infortunio degli immigrati in Europa è circa doppio del tasso di infortunio dei "nativi" (Banks et al., 2006; WHO, 2003).

Oggi in Italia è garantita l'accessibilità alle cure, seppur in forma diversificata, per tutti gli immigrati presenti sul nostro territorio, come previsto con il D.Lgs. del 1998 dal titolo "Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero" attuato nel 1999. Questi atti sanciscono definitivamente l'emersione del diritto alla salute ed all'assistenza sanitaria per i cittadini stranieri presenti nel territorio nazionale, con l'obiettivo di includere a pieno titolo gli immigrati in condizione di regolarità giuridica nel sistema di diritti e doveri per quanto attiene all'assistenza sanitaria, a parità di condizioni

ed a pari opportunità con il cittadino italiano. Il diritto all'assistenza è stato esteso anche a coloro che sono presenti in Italia in condizione di irregolarità giuridica e clandestinità, garantendo, oltre alle cure urgenti, anche quelle essenziali, continuative ed i programmi di medicina preventiva. Per non ostacolare l'accesso alle cure, le strutture sanitarie hanno vietato la segnalazione all'autorità di polizia della presenza di immigrati clandestini che richiedono aiuto medico. I rapporti dell'Ufficio di statistica del ministero della Salute sulle schede di ricovero ospedaliero (SDO) degli stranieri in Italia e molta della letteratura pubblicata, evidenziano il ricorso all'assistenza ospedaliera per motivi connessi soprattutto a eventi fisiologici (gravidezze) o accidentali (traumi), cosa che potrebbe confermare che la popolazione straniera gode di un discreto stato di salute. L'incremento dei ricoveri per cause connesse a malattie degenerative, cardiache ed alla chemioterapia, anche se contenuto, potrebbe essere causato dall'acquisizione di stili di vita differenti da quelli dei Paesi di origine, dalla diversa caratterizzazione socio-demografica dei nuovi flussi migratori e dal progressivo invecchiamento di questa popolazione. L'aumento nel numero di ricongiungimenti familiari e dei matrimoni, pur rafforzando la stabilità sociale della popolazione straniera, potrebbe modificare le dinamiche epidemiologiche attuali (Geraci, 2006).

I dati sanitari disponibili evidenziano quindi un superamento delle situazioni di esclusione dai servizi da parte degli immigrati ma indicano anche una fragilità sociale di questa popolazione che, pur nella sua eterogeneità, mostra ambiti di sofferenza sanitaria in gran parte imputabile a incerte politiche di

integrazione soprattutto in ambito locale, a difficoltà di accesso ai servizi, a problematiche relazionali-comunicative (ibidem).

Le politiche sanitarie raccomandate per l'accoglienza ai migranti dovrebbero prevedere alcune attività principali:

- Screening malattie infettive (TBC, epatite B/C, STI, malattie con copertura vaccinale, malaria, etc.);
- Sorveglianza sindromica (malattie tratto respiratorio, dissenteria/febbre emorragica, sospetto colera, meningiti/encefaliti, shock, convulsioni, infezioni, etc.): screening generale anche in assenza di sintomi;
- Follow-up clinico: accesso a prevenzione e cura;
- Vaccinazioni (morbillo, poliomelite, trivalente);
- Educazione sanitaria e promozione della salute.

Le politiche sanitarie volte invece all'inclusione dei migranti dovrebbero prevedere:

- Monitoraggio sanitario: standardizzazione raccolta dati; analisi dati; monitoraggio comportamento sanitario dei migranti; definizione di politiche data-based;
- Sviluppo leggi/politiche: rispetto normativa UE/internazionale; adeguamento della normativa nazionale; potenziamento misure di realizzazione delle politiche; garanzia di coerenza intersettoriale; estensione tutele/protezione sociale dei migranti;
- Riforma sistema sanitario: servizi adeguati ai bisogni; riduzione barriere di accesso (linguistico-culturali, burocratiche, economiche, etc.); sviluppo partnership pubblico-private; potenziamento competenze operatori. Infatti lo studio di come concetti culturali differenti modificano

i comportamenti relativi alla salute nelle nostre società multiculturali appare solo di sfuggita nei curricula universitari, per lo più come corsi facoltativi di salute globale in cui si parla anche di competenza culturale. Questo avviene pur essendo ormai diffusa la consapevolezza che la competenza culturale può migliorare gli esiti della cura, andando incontro ai bisogni di coloro che sono culturalmente diversi da chi fornisce i servizi sanitari;

- Costruzione Reti Globali: aumento dialogo tra paesi d'origine, transito e destinazione; potenziamento processi decisionali consultativi (bottom-up); accento sulla salute dei migranti nei fora internazionali sulla migrazione; sensibilizzazione istituzioni e opinione pubblica su salute dei migranti.

La protezione internazionale

Il numero dei richiedenti asilo e dei rifugiati politici in questi anni è il più alto registrato dalla seconda guerra mondiale. Alla fine del 2015, più della metà dei rifugiati a livello mondiale, il 55% ossia circa 8,8 milioni di persone, risiedeva in Europa o in un paese dell'Africa sub-sahariana. In particolare l'Europa ha accolto 4,4 milioni di persone con un incremento di 1,3 milioni rispetto al 2014. Nel corso del 2016 sono stati 551.371 i migranti che hanno attraversato irregolarmente le frontiere esterne dell'Europa, un numero significativamente più basso rispetto al 2015 quando sono stati registrati ben 1.822.33 ingressi. Sulla base delle rilevazioni condotte da IOM e Frontex, le principali rotte verso l'Europa, nel 2016 e nel primo semestre 2017, sono concentrate in buona parte nel Mediterraneo, con l'avverten-

za che l'assenza di canali di ingresso sicuri e legali, che l'Unione europea e gli Stati membri faticano ad istituire, spinge coloro che fuggono dal proprio paese di origine a percorrere rotte sempre più rischiose (Autori Vari, 2017). Di seguito vengono presentate le principali rotte illegali di arrivo dei migranti in Europa (Autori Vari, 2016).

Gli sbarchi in Italia nel 2016 sono stati 181.436, di cui 28.200 minori, e 83.752 nel primo semestre del 2017, di cui 11.400 minori. Le nazionalità principalmente rappresentate sono quelle di Nigeria, Eritrea e Guinea (Autori Vari, 2017).

La Germania nel 2015-2017 è il primo paese per richieste di protezione internazionale, con una crescita tra il 2015 e il 2016 pari al 135%. L'Italia nel 2016 ha invece registrato un numero di richieste pari al 9,8% con aumento del 30% rispetto all'anno precedente, come evidenziato in Figura 40 (Autori Vari, 2017). Nel 2016 le domande di protezione internazionale presentate in Italia sono state 122.960 (83.970 nel 2015), di cui l'85% da parte di uomini e il 9,3% costituito da minori stranieri non accompagnati (5.930 casi). Le prime cinque nazionalità di richiedenti asilo nel 2016 risultano essere Nigeria, Pakistan, Gambia, Senegal e Costa d'Avorio e corrispondono a circa il 50% del totale. Nel primo semestre 2017 le domande di protezione internazionale complessivamente presentate sono state 77.449 (il 44% in più rispetto al primo semestre 2016), confermando le stesse caratteristiche di genere ed età evidenziate nel 2016. La componente nigeriana continua ad essere quella più numerosa (15.916), seguita da Bangladesh (7.413) e Gambia (5.843) (Autori Vari, 2017). In Italia, nel 2016, il numero dei mi-

Figura 39. Principali rotte dei migranti verso Europa, Rapporto sulla protezione internazionale in Italia (Autori Vari, 2016)

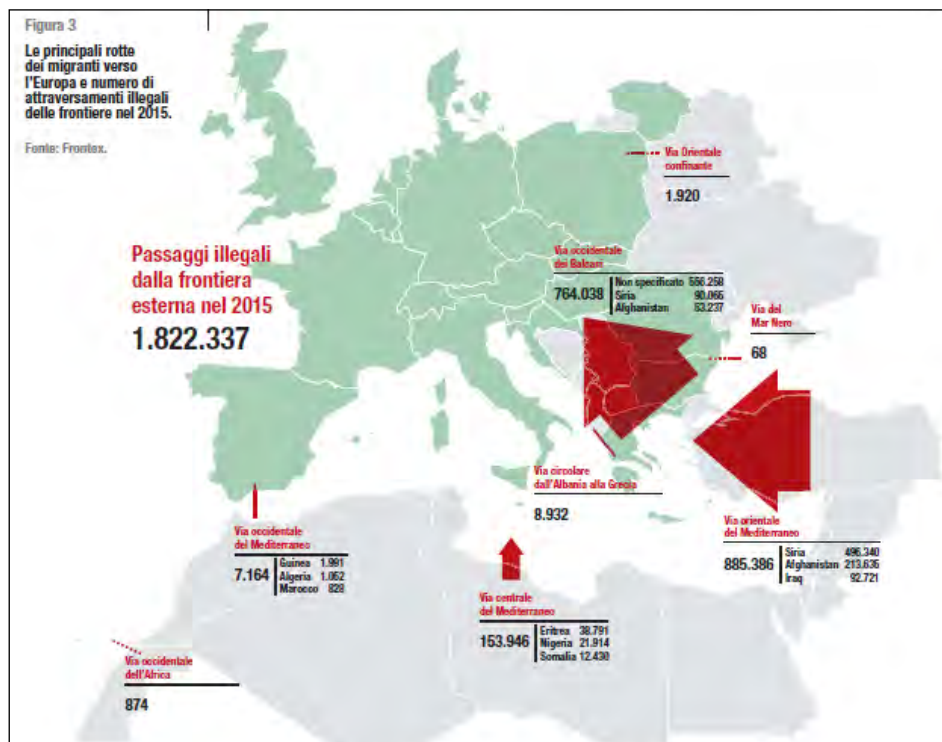
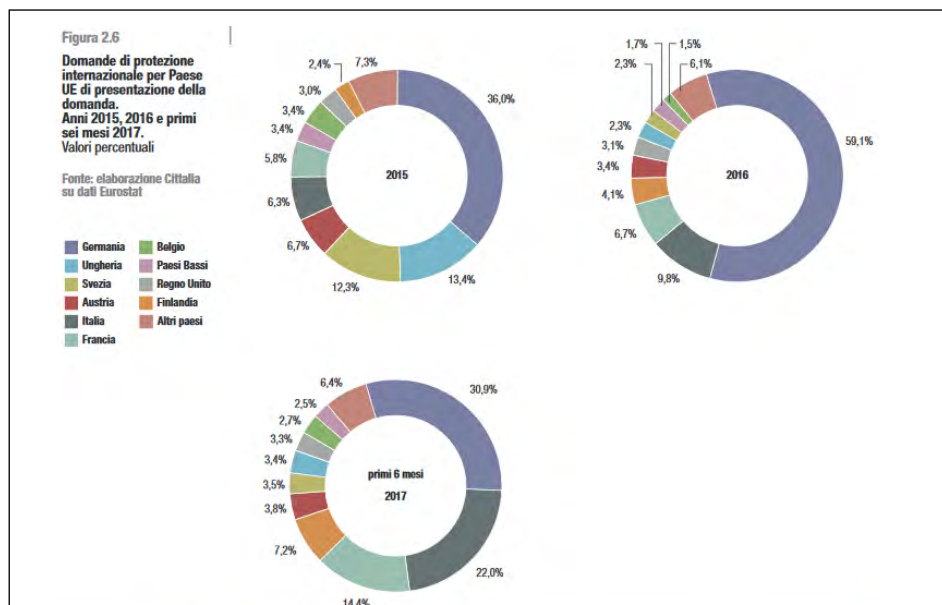


Figura 40. Domande di protezione internazionale in Unione Europea, Rapporto sulla protezione internazionale in Italia (Autori Vari, 2017)



granti sbarcati sulle coste ha raggiunto la quota di 181.436 (il 18% in più rispetto ai 153.842 dell'anno precedente), il valore più alto di sbarchi avvenuti sul

territorio nazionale nell'ultimo ventennio. Di questi, il 71% è costituito da uomini, il 13% da donne e il 16% da minori. Il trend di crescita rilevato nel 2016

sembra consolidarsi nel primo semestre 2017, quando il numero di sbarchi segna la quota 83.752, pari al 19,3% in più rispetto allo stesso periodo del 2016. Da rilevare un aumento dell'incidenza dei maschi (che rappresentano il 74% contro il 70% del primo semestre 2016) a scapito di donne e minori (pari rispettivamente all'11% e 15%) (ibidem).

Per far fronte alla crescente richiesta di accoglienza dei migranti, negli ultimi anni in Italia sono state predisposte strutture dedicate che, dopo una fase iniziale di emergenza, sono state, attraverso un processo incrementale, portate sempre più a sistema, ottemperando, parallelamente, anche alle disposizioni fissate a livello europeo. Per il 2015 i migranti complessivamente presenti nelle varie strutture di accoglienza erano oltre 114.400 (+64% rispetto allo stesso periodo del 2014). Nel dettaglio nelle strutture temporanee CARA/CDA/CPSA gli immigrati accolti erano 7.394, nei centri di accoglienza straordinaria (CAS) 76.683 e nei centri SPRAR oltre 30.300 (ibidem). Di seguito uno schema riassuntivo dei servizi relativi al sistema di accoglienza in Italia.

I media rappresentano un importante canale di creazione del pregiudizio e dello stereotipo del migrante. In particolare gli stranieri sono rappresentati principalmente come maschi, giovani e forti, soli o in gruppo, potenziale fonte di pericolo sanitario e come fonte di crimine, cosa che contrasta fortemente con l'immagine reale degli stranieri in Italia.

Progetti del Comitato Collaborazione Medica di Torino

Il Comitato Collaborazione Medica - CCM è un'Organizzazione non governativa e Onlus fondata nel 1968 da un gruppo di medici torinesi convinti che

la salute e l'accesso alle cure di base dovrebbero essere diritti garantiti anche alle persone più vulnerabili dei paesi più poveri. Il CCM opera prevalentemente sulla conoscenza e sulle competenze e lavora con istituzioni, aziende, organizzazioni non profit e sostenitori che contribuiscono con lavoro o risorse. Ad oggi i medici e gli esperti del CCM sono presenti in Burundi, Etiopia, Kenya, Somalia, Sud Sudan e Uganda.

In Africa le principali attività del CCM riguardano: formazione del personale sanitario locale; assistenza sanitaria durante la gravidanza, il parto e l'infanzia; rafforzamento degli ospedali, dei centri di salute e dei dispensari già esistenti; potenziamento della rete di servizi sanitari per garantire l'accesso alle cure anche nei villaggi più lontani dagli ospedali; incontro delle comunità locali e promozione di semplici strumenti di prevenzione. Tutto ciò viene realizzato aiutando chi si occupa di salute ad operare in modo autonomo e sostenibile, senza sostituirsi a loro. L'attività del CCM in Italia prevede corsi di formazione per medici e infermieri, campagne di sensibilizzazione rivolte alla cittadinanza e alle scuole, attività volte a favorire l'accesso ai servizi sanitari alle categorie più vulnerabili (es. migranti). Il CCM sostiene l'importanza delle politiche e degli interventi di cooperazione internazionale nei Paesi di origine e transito dei migranti per favorirne uno sviluppo equo e sostenibile e ridurre le disuguaglianze tra e all'interno dei Paesi. In tal senso appare molto interessante un progetto svolto dal CCM in Etiopia. Il fenomeno migratorio in Etiopia ha subito in questi ultimi anni una brusca accelerazione soprattutto lungo la "Central Mediterranean Route". La posizione geografica e gli sviluppi geopolitici

Figura 41. Sistema di accoglienza in Italia



etiopi hanno contribuito allo sviluppo del fenomeno. Dal 2015 si stima che circa 740.000 Etiopi vivano fuori dal loro paese, di cui circa 30.000 in Italia. La rotta migratoria in uscita si snoda lungo la zona centro est dell'Etiopia, biforcandosi poi verso ovest in direzione Sudan, Libia e quindi Europa e verso est in direzione Gibuti, Yemen e Arabia Saudita. Le motivazioni che spingono a migrare sono molteplici. Secondo il Regional Mixed Migration Secretariat la ricerca di migliorare la propria condizione economica è la principale causa di migrazione irregolare in Etiopia. Ottenere un lavoro e/o un salario migliore è lo stimolo principale a migrare per il 66% dei potenziali migranti, per il 61% dei migranti attualmente fuori dall'Etiopia e per il 62% dei returnees. Un salario migliore consente di migliorare il reddito familiare (68%) e/o acquisire capitale finanziario e assets che possano permettere loro di avviare o espandere attività generatrici di reddito (53%).

Due terzi dei potenziali migranti potrebbero cambiare idea se ricevessero informazioni chiare sui rischi del viaggio. I trafficanti infatti convincono i giovani a intraprendere il viaggio prospettando

migliori condizioni economiche e convincendoli che la migrazione irregolare è meno costosa di quella regolare.

La migrazione crea una serie di effetti sulle popolazioni tra cui la stigmatizzazione del migrante ed il circolo vizioso delle migrazioni, per cui le rimesse aumentano il benessere temporaneo delle famiglie che ne diventano dipendenti.

L'obiettivo delle attività del CCM è mitigare le cause della migrazione irregolare nella zona, essendo questa una delle aree dell'Etiopia con il più alto tasso di migranti irregolari. Per fare ciò le azioni previste sono: aumentare le attività generatrici di reddito nelle woredas (distretti) di Sinana, Robe e Goba; migliorare la disponibilità e l'accesso ai servizi di salute per i giovani, la grandissima parte dei migranti, presso l'ospedale di Robe; sviluppare azioni di sensibilizzazione comunitaria sul tema; lo studio e la diffusione dei dati sul fenomeno.

Cambiamenti climatici e salute



Photo by WHO/PAHO/D. Spitz (www.who.int)

La Convenzione quadro delle Nazioni Unite sui cambiamenti climatici (United Nations Framework Convention on Climate Change da cui l'acronimo UNFCCC o FCCC), nota anche come Accordi di Rio, è un trattato ambientale internazionale prodotto dalla Conferenza sull'Ambiente e sullo Sviluppo delle Nazioni Unite (United Nations Conference on Environment and Development, UNCED), tenutasi a Rio de Janeiro nel 1992. Il trattato punta alla riduzione delle emissioni dei gas serra, sulla base dell'ipotesi di riscaldamento globale. All'articolo 1 vengono date alcune importanti definizioni, in particolare quella di "cambiamenti climatici" con cui si intende "qualsiasi cambiamento di clima attribuito direttamente o indirettamente ad attività umane, il quale altera la composizione dell'atmosfera mondiale e si aggiunge alla variabilità naturale del clima osservata in periodi di tempo comparabili" (UNCED, 1992). Un'altra definizione fondamentale è quella degli "effetti ne-

gativi dei cambiamenti climatici, con cui si intendono i cambiamenti dell'ambiente fisico o della vita animale e vegetale dovuti a cambiamenti climatici, che hanno rilevanti effetti deleteri per la composizione, la capacità di recupero o la produttività di ecosistemi naturali e gestiti per il funzionamento dei sistemi socioeconomici oppure per la sanità e il benessere del genere umano" (ibidem). La conferenza sul Clima di Parigi nel 2015 si è chiusa con l'impegno da parte di 195 Paesi a contenere l'aumento della temperatura entro 1,5 gradi e a mettere in campo azioni e strategie per evitare le conseguenze irreversibili dei cambiamenti climatici.

I cambiamenti climatici derivano principalmente dall'aumento delle concentrazioni di anidride carbonica nell'atmosfera che ha contribuito al riscaldamento globale. Ad oggi la temperatura terrestre è aumentata di quasi un grado centigrado, fatto questo da imputare ormai senza dubbi all'azione dell'uomo. Non tutti sulla terra però sono colpiti allo stesso

modo dagli effetti di questi cambiamenti, in quanto i paesi maggiormente produttori di emissioni di anidride carbonica sono al nord dell'equatore, mentre quelli che mostrano più effetti in termini di salute si trovano in alcune zone del sud del mondo, come Africa, India, America Latina. Oggi il riscaldamento del sistema climatico è inequivocabile, e, dal 1950, molti dei cambiamenti osservati sono senza precedenti. L'atmosfera e gli oceani si sono riscaldati, la massa di neve e ghiaccio è diminuita, il livello del mare è aumentato e soprattutto sono aumentate le concentrazioni di gas ad effetto serra. Per questo il cambiamento climatico rappresenta una delle maggiori sfide che l'umanità dovrà affrontare nei prossimi anni. I rischi per il pianeta e per le generazioni future sono enormi e ci obbligano ad intervenire con urgenza.

Salute degli ecosistemi e cambiamenti climatici

Un ecosistema è un'unità funzionale

naturale che combina comunità biotiche ed abiotiche interagenti. In una visione sistemica, la natura è vista essere organizzata in livelli di complessità crescenti. Un ecosistema rappresenta quindi un complesso dinamico ed interrelato di comunità animali e vegetali e dell'ambiente non vivente ad esse associato (es. una prateria, un bosco). La salute di un qualunque sistema, sia esso biologico, fisico o meccanico, si configura come la capacità di espletare determinate funzioni (Cecchi e Mancini, 2006).

Un ecosistema in salute è caratterizzato da tre caratteristiche principali che sono vigore, resilienza e organizzazione, ovvero è in grado di mantenere nel tempo la sua struttura (organizzazione) e funzionalità (vigore), gestendo gli stress esterni (resilienza) (De Groot, 1992). La salute di un ecosistema è determinata anche dalle relazioni che questo stabilisce con l'uomo che ne rappresenta parte integrante modificando, ed a volte danneggiando, le sue funzionalità (Cecchi e Mancini, 2006).

Si possono individuare quattro principali funzioni degli ecosistemi dalle quali dipende il benessere delle persone. La prima funzione è quella di regolazione dei processi ecologici che forniscono acqua, aria e suolo puliti, attraverso regolazione dei flussi energetici e biochimici, la prevenzione delle alluvioni, la ricarica degli acquiferi, l'immagazzinamento e il riciclaggio di materia organica, rifiuti, nutrienti e il mantenimento di habitat e diversità biologica. La seconda è relativa alla fornitura di spazio idoneo per le attività umane come la coltivazione, la ricreazione e l'abitazione. La terza è quella di produzione di risorse come cibo, materie prime, energia. L'ultima funzione è rappresentata dalla capacità di mantenimento dell'equilibrio menta-

le tramite opportunità di riflessione, arricchimento spirituale, sviluppo cognitivo ed esperienze estetiche (Hollings et al., 1995; Cecchi e Mancini, 2006).

L'ambiente sta procedendo con un degrado sempre maggiore determinato principalmente, se non esclusivamente, dall'attività dell'uomo che ha modificato circa il 50% della superficie delle terre emerse, utilizza il 50% delle acque dolci superficiali ed è responsabile del 20% della concentrazione di anidride carbonica (CO₂) nell'atmosfera. Le emissioni di CO₂ sono passate da 3.97 tonnellate pro capite del 1960, a 4.972 tonnellate pro capite nel 2014 (World Bank, 2017).

Come evidenziato dalle figure precedenti, si è assistito ad una diminuzione delle emissioni di carbone nelle zone del nord America ed in Europa, mentre si sta assistendo ad un aumento delle emissioni nelle zone del sud-est asiatico. Questo pone un'importante questione relativa ai paesi in via di sviluppo, soprattutto i paesi BRIC, acronimo utilizzato in economia internazionale per riferirsi congiuntamente a Brasile, Russia, India e Cina. Questi paesi condividono una situazione

economica in via di sviluppo, una grande popolazione, un immenso territorio, abbondanti risorse naturali strategiche e, negli ultimi decenni, hanno mostrato una forte crescita del prodotto interno lordo (PIL) e della quota nel commercio mondiale. In seguito sono stati aggiunti gli acronimi Sudafrica (BRICS) e Turchia (BRICST) (fonte Wikipedia). I paesi BRICST sulle questioni relative alla riduzione di emissioni di CO₂, ma anche per quanto riguarda la deforestazione e la conservazione di biodiversità nonché altri ambiti di tutela ambientale, tendono ad assumere a livello internazionale una posizione rigida, in quanto considerano scorretto e ingiusto che i Paesi a capitalismo avanzato premano per onerosità politiche di risanamento ambientale quando quegli stessi Paesi in passato non hanno fatto nulla in tal senso. Infatti tali modificazioni ed usi intensivi delle risorse ambientali si sono realizzate a spese di molte comunità naturali e della sopravvivenza degli equilibri ecosistemici non solo però nei paesi BRICST, come visibile in Figura 45 e 46.

Visto che l'80% della biodiversità si trova nelle foreste e che ad oggi meno

Figura 42. Emissioni di CO₂ in tonnellate per pro capite (World Bank, 2017)



Figura 43. Emissioni di carbone nel 1980 (Worldmapper, 2017)

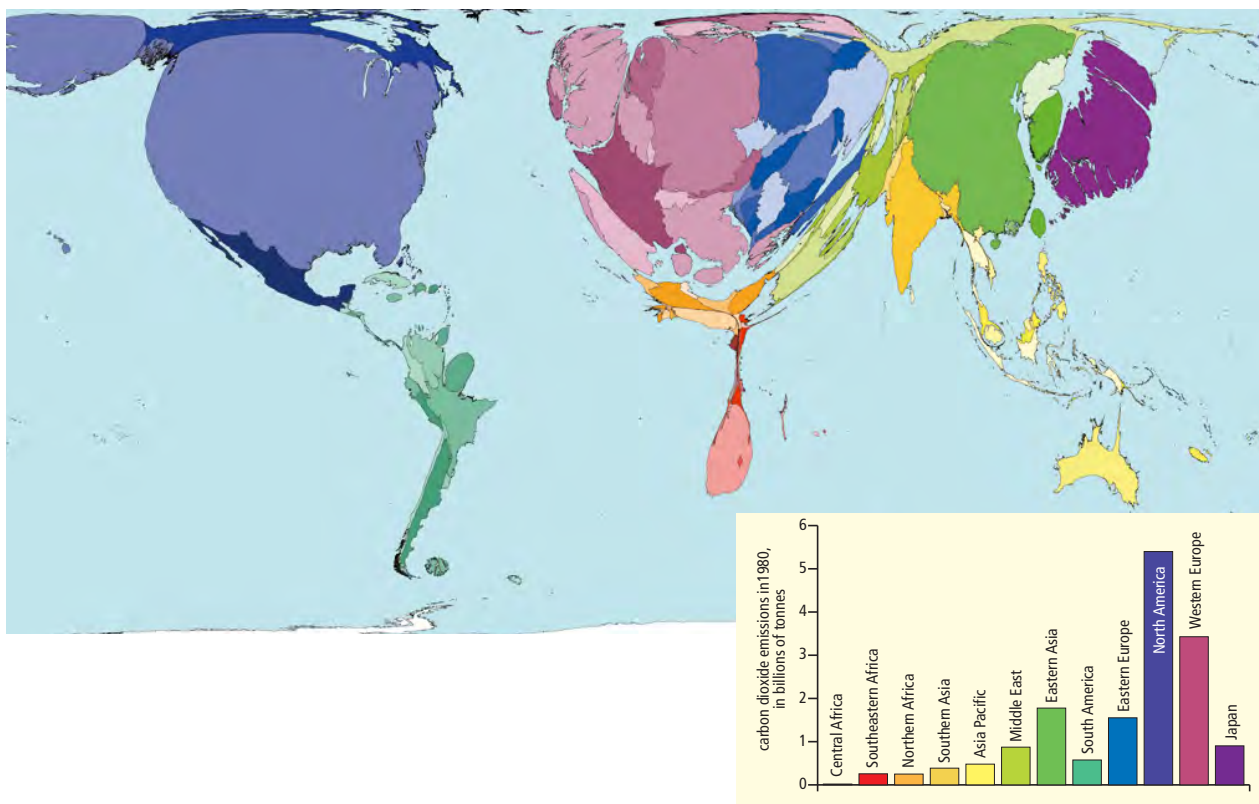


Figura 44. Emissioni di carbone nel 2000 (Worldmapper, 2017)

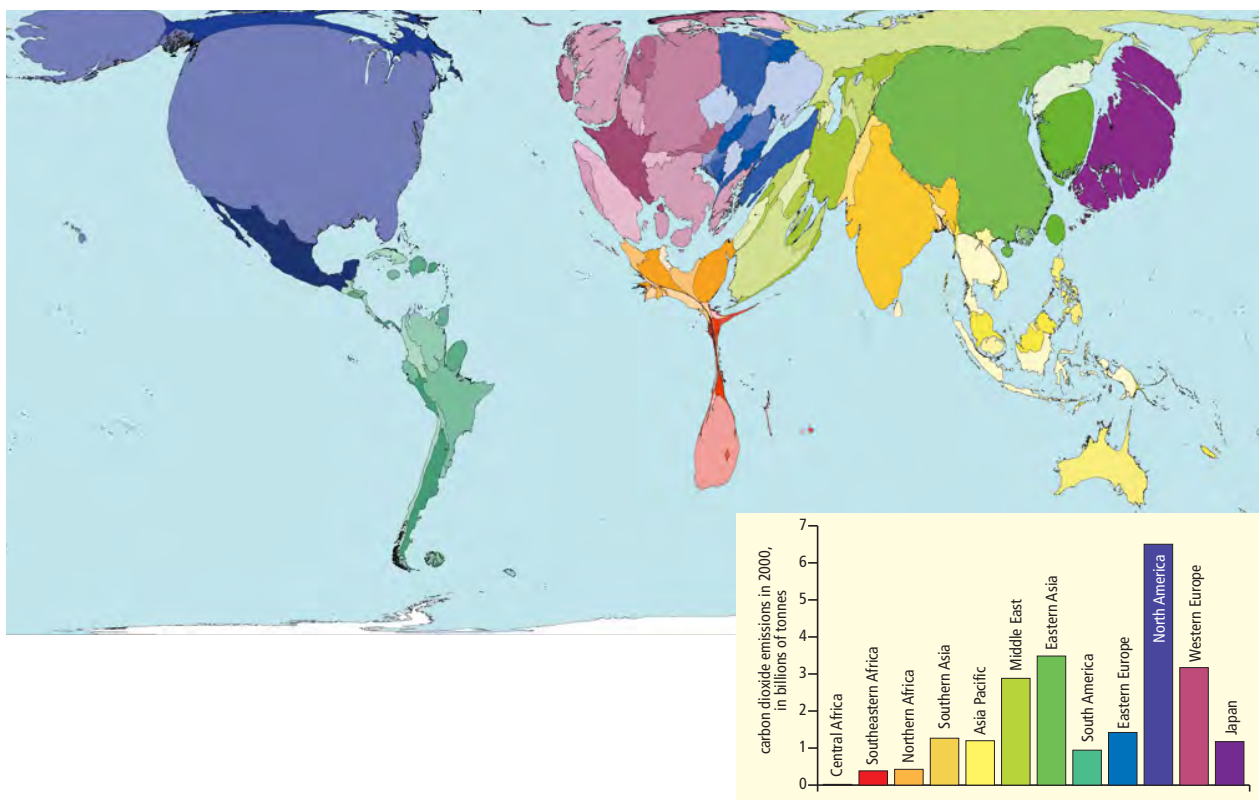


Figura 45. Perdita di foreste (Worldmapper, 2017)

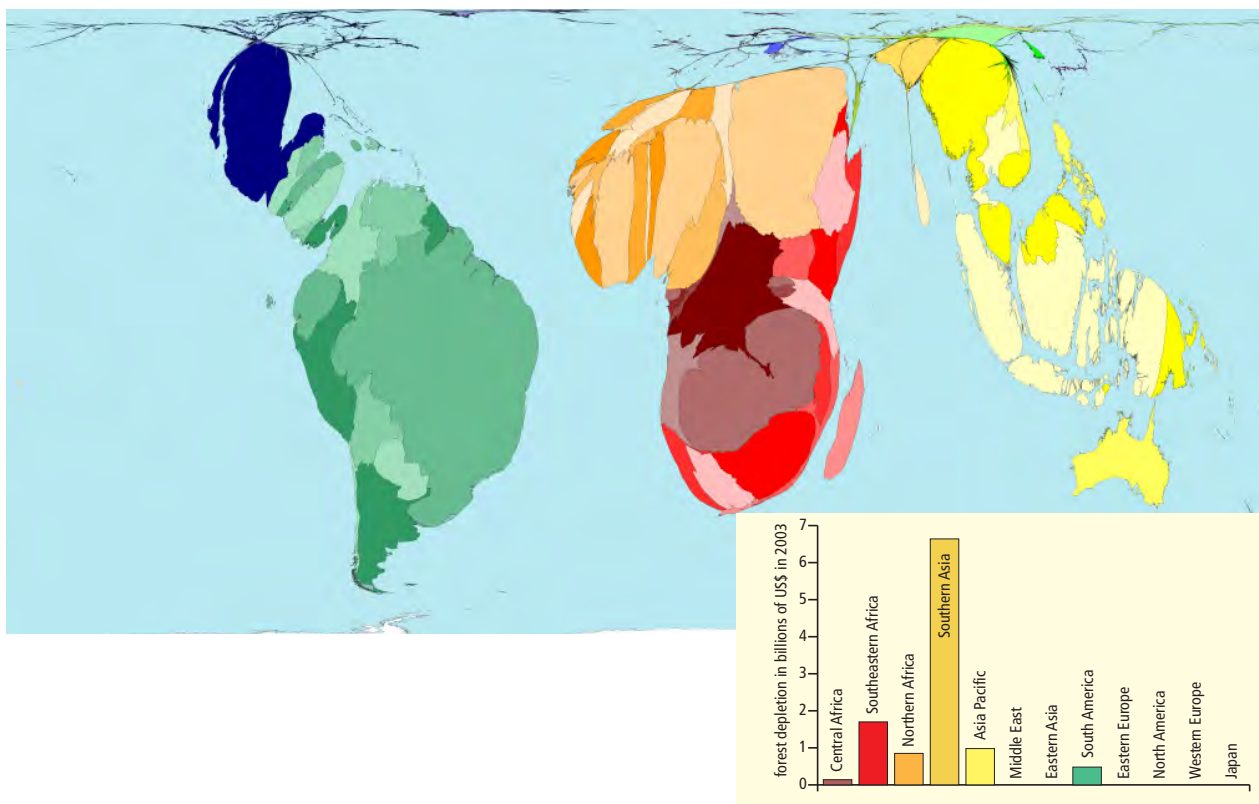
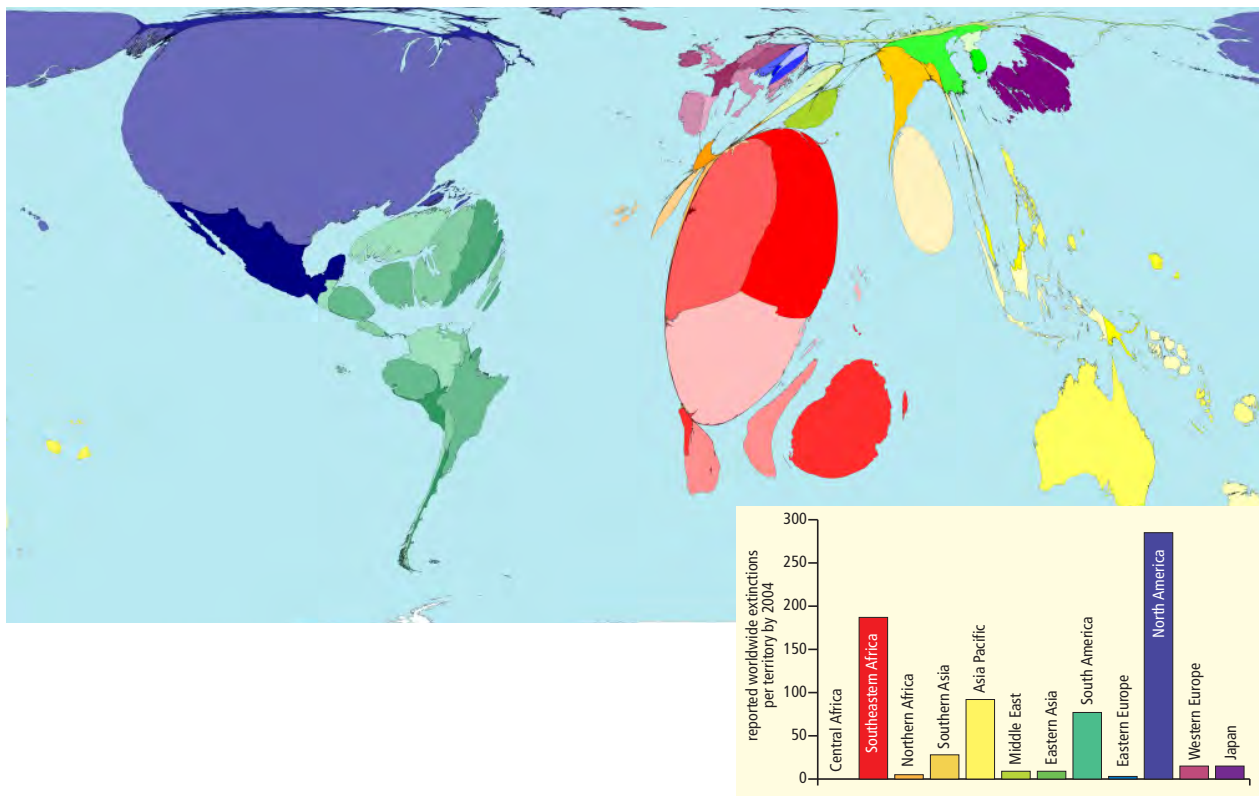


Figura 46. Specie estinte (Worldmapper, 2017)



del 30% della superficie terrestre ne è ricoperta, riveste un ruolo fondamentale l'enorme perdita di patrimonio forestale, e quindi di biodiversità, in molte aree causata dall'inquinamento e dalla deforestazione, oltre all'importante problema della desertificazione e della siccità che porta le popolazioni a vivere significativi problemi di stress idrico, oltre alla crescente frequenza di eventi meteorologici estremi ed incendi (Cecchi e Mancini, 2006; UNEP, 2016). L'inquinamento dei mari è evidente e particolarmente significativo nelle zone costiere, ma una delle questioni pregnanti per quanto riguarda gli oceani è relativo al progressivo sbiancamento e quindi morte delle barriere coralline, come riportato da Huges e collaboratori (2017) con particolare riferimento alla grande barriera corallina australiana. Il reef più grande del mondo infatti sta vivendo uno sbiancamento senza precedenti di oltre il 90% dei coralli, con la morte che sarebbe già sopraggiunta per circa il 20%. Il responsabile del disastro, che rischia di essere irreversibile, è il riscaldamento globale, che sta causando l'innalzamento della temperatura degli oceani e la rottura dei delicati equilibri che ne permettono la vita. È ormai condiviso dalle comunità internazionali che il degrado o la perdita delle funzionalità degli ecosistemi produce sull'uomo impatti sempre più visibili (Cecchi e Mancini, 2006; UNEP, 2016). Il degrado degli ecosistemi infatti può avere impatti significativi sulla salute umana, come dimostrato ad esempio dal fatto che l'inquinamento delle acque dolci e degli ecosistemi marini causa ogni anno milioni di decessi potenzialmente evitabili, soprattutto nei Paesi in ritardo di sviluppo, a causa del consumo d'acqua o di prodotti ittici contaminati,

mancanza d'acqua ed infezioni diffuse da vettori collegati alla presenza d'acqua (HEED, 1998). A livello terrestre si assiste ad una maggiore esposizione a sostanze tossiche (es. pesticidi) e ad agenti infettanti, al rischio estinzione di molte specie animali e vegetali, ad un aumento della diffusione di malattie infettive e depressive nonché di quelle respiratorie legate agli incendi dolosi, a modificazioni dei regimi termici e meteorologici che alterano la produttività di alimenti e contribuiscono alla malnutrizione, alla diffusione di vettori di malattie infettive in zone precedentemente non colpite, ai rischi connessi all'innalzamento del livello dei mari, all'aumento delle malattie allergiche e i disturbi psicologici (UNEP, 2016; Cecchi e Mancini, 2006).

“La ricerca dovrebbe indirizzarsi verso il reperimento di dati e parametri maggiormente rilevanti i quali permettano lo sviluppo d'indicatori di primo impatto (es. salute mentale, alterazioni endocrine, indicatori di benessere personale e sociale). [...] Un grosso sforzo andrebbe rivolto allo sviluppo di nuovi metodi e modelli per la valutazione del rischio associato al degrado degli ecosistemi. A questo fine è essenziale una sintesi dell'enorme mole di dati, derivanti dagli ambiti più diversi e uno sviluppo concettuale nei metodi di valutazione del rischio, attualmente inadeguati a trattare il grande numero di variabili coinvolte nei processi ecologici in questione” (Cecchi e Mancini, 2006).

Ad ogni modo l'azione per la tutela degli ecosistemi ha ancora molto da fare in quanto, nonostante le politiche internazionali siano sempre più attente a queste tematiche, questo progresso non sarà sufficiente per raggiungere gli obiettivi fissati dallo Strategic Plan for

Biodiversity 2011-2020 e sarà necessaria un'azione aggiuntiva per mantenere quanto ipotizzato, considerando le tendenze di diminuzione della biodiversità nei prossimi anni. Esistono percorsi plausibili per la cessazione entro il 2050 di perdita di biodiversità, in congiunzione con i principali obiettivi di sviluppo umano, limitando a due gradi Celsius di riscaldamento globale gli effetti del cambiamento climatico e combattendo la desertificazione e il degrado della terra. Tuttavia raggiungere questi obiettivi comuni richiede cambiamenti nella società, tra cui la promozione di un uso molto più efficiente di terra, acqua, energia e materiali, ripensandole nostre abitudini di consumo ed in particolare i sistemi alimentari (UNEP, 2016).

Salute dell'uomo e cambiamenti climatici

I cambiamenti climatici esportano le popolazioni ad alterazioni della disponibilità e della qualità di acqua, aria, cibo, prodotti agricoli e mezzi di sussistenza. Durante il ventunesimo secolo il rendimento delle coltivazioni in Asia centrale potrebbero ridursi del 30% e questo comporterebbe un incremento della malnutrizione e l'aumento dei fenomeni migratori verso le città. Scarsa disponibilità di acqua, diffusione di nuove malattie per la migrazione dei vettori e dei patogeni e variazioni di temperatura, agiscono prima di tutto sulle popolazioni rurali più povere. L'area mediterranea è considerata particolarmente a rischio, basti pensare che in Italia, negli ultimi 50 anni, si è registrato un decremento delle precipitazioni del 14% (WHO, 2008b).

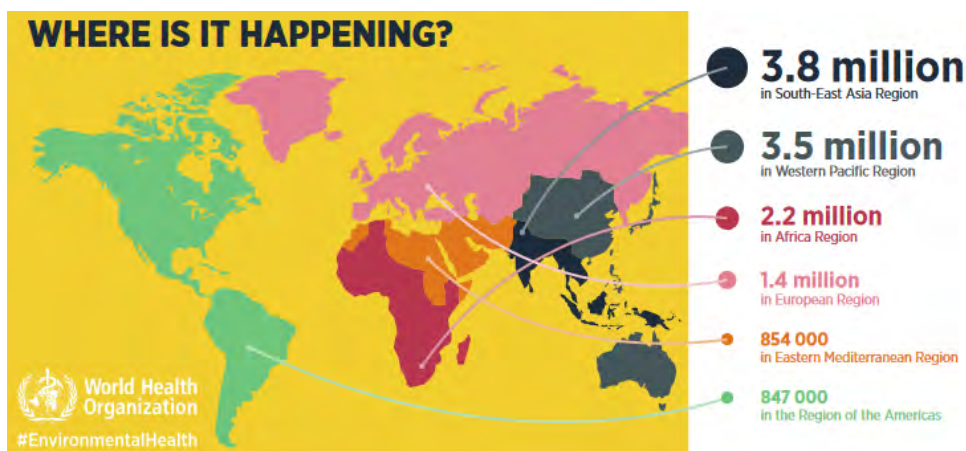
Il riscaldamento della Terra dal 1950 ad oggi vede quale causa principale l'agire umano, per cui si può definire antrop-

genico, con un margine d'incertezza di quest'affermazione del 95%. Tale innalzamento delle temperature corrisponde ad un aumento di circa 1 grado centigrado e rappresenta un dato inequivocabile e senza precedenti che ha prodotto effetti tangibili quali forti precipitazioni e alluvioni, siccità, cicloni e tifoni, innalzamento del livello del mare, incendi, acidificazione degli oceani (IPCC, 2007).

In base ai dati dell'Organizzazione Mondiale della Salute (WHO, 2002), il cambiamento climatico è responsabile del 2,4% di tutti i casi di diarrea nel mondo e del 2% di tutti i casi di malaria. Inoltre nel 2000 si stima che 150 mila morti e 5.5 milioni di Disability-Adjusted Life Years (numero stimato dei giorni/anni di vita persi a causa di malattie debilitanti) siano stati provocati dal cambiamento climatico. Cresce l'evidenza scientifica che i cambiamenti climatici avranno effetti profondi sulla salute e sul benessere dei cittadini a livello globale. Dobbiamo capire meglio dunque i potenziali effetti sulla salute in particolare per i gruppi vulnerabili, in maniera da gestire meglio il rischio.

“Il cambiamento climatico è la più grande minaccia del ventunesimo secolo per la salute globale” (The UCL Lancet Commission, 2009). Infatti i cambiamenti climatici stanno già producendo effetti sulla salute umana, contribuendo al carico globale di malattie e decessi prematuri oltre che all'ampliamento dei contrasti già esistenti in tema di disuguaglianze di salute all'interno di una stessa popolazione (IPCC, 2007; Sunyer e Grimalt, 2006). Ci si attende inoltre che le emissioni di gas serra prodotti dai Paesi più ricchi avranno conseguenze più gravi in termini di impatto sulla salute nei Paesi più poveri, in particolare

Figura 47. Distribuzione a livello mondiale delle morti legate all'ambiente (WHO, 2017a)



ad esempio in Africa che sarà probabilmente il continente più vulnerabile, in quanto l'innalzamento delle temperature sarà associato a un decremento dei raccolti agricoli, con il conseguente aggravamento della malnutrizione della popolazione. La crescente siccità, insieme all'aumento demografico della popolazione, esaspereranno la scarsità di risorse idriche (McMichael et al., 2008). Il 23% di tutte le morti a livello globale è legato all'ambiente, con un dato di circa 12,6 milioni di morti all'anno ed una maggiore prevalenza nelle regioni del sud-est asiatico (Figura 41 – WHO, 2017a).

Dei 12,6 milioni di morti collegate all'ambiente, ben 8,2 milioni sono dovute a malattie croniche non trasmissibili (principalmente ictus, infarto, cancro, malattie croniche respiratorie), con dati significativi anche per incidenti accidentali, diarrea, condizioni neonatali. Significativo il dato relativo all'inquinamento outdoor come causa di morte per cui si stimano 3 milioni morti l'anno a livello globale (WHO, 2017a).

Le modalità di azione dei cambiamenti climatici sulla salute sono molteplici e vengono riportati dall'IPCC (2014; Fi-

gura 48).

Il diagramma concettuale mostra tre percorsi di esposizione primari attraverso cui i cambiamenti climatici influenzano la salute: direttamente attraverso variabili meteorologiche quali calore e tempeste; indirettamente attraverso sistemi naturali come i vettori di malattia, allergeni o aumento dell'inquinamento di aria e acqua; in ultimo tramite variabili legate alle problematiche umane di tipo economico-sociale come la produzione e distribuzione del cibo e lo stress mentale. Questi percorsi vengono influenzati da tre gruppi di fattori di moderazione, ovvero: condizioni ambientali legate ad esempio alla posizione geografica di quel territorio, alle condizioni meteorologiche di base, alla vegetazione o alla qualità di aria e acqua; infrastrutture sociali; adattamento e capacità dei sistemi di salute pubblica, relativamente ad esempio ai sistemi di allerta, i sistemi di cure primarie, lo status socioeconomico. La freccia verde indica che possono esistere dei meccanismi di feedback tra infrastrutture sociali, salute pubblica, misure di adattamento e cambiamenti climatici stessi (IPCC, 2014).

Un altro aspetto da tenere in conside-

Figura 48. Diagramma raffigurante i percorsi attraverso cui i cambiamenti climatici influenzano la salute e la contemporanea azione diretta e le influenze di condizionamento di fattori ambientali, sociali e sanitari (IPCC, 2014)

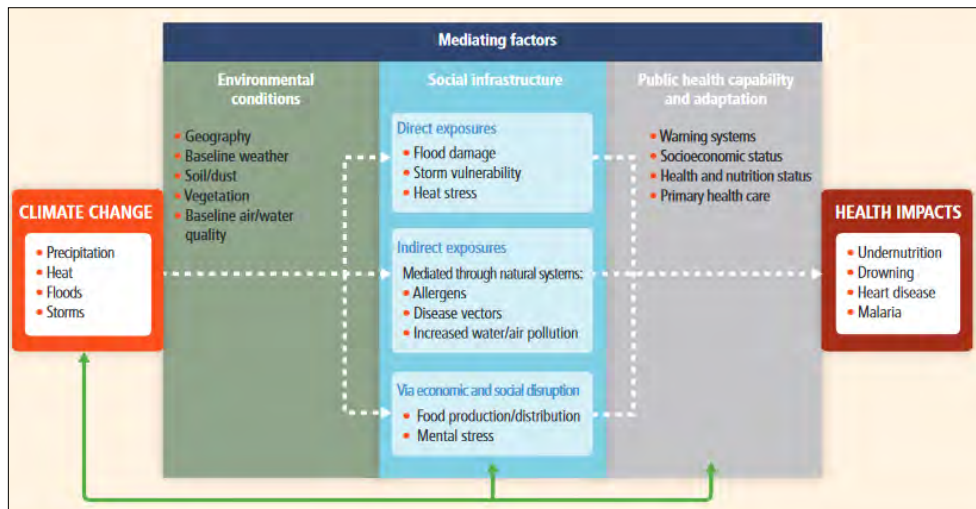
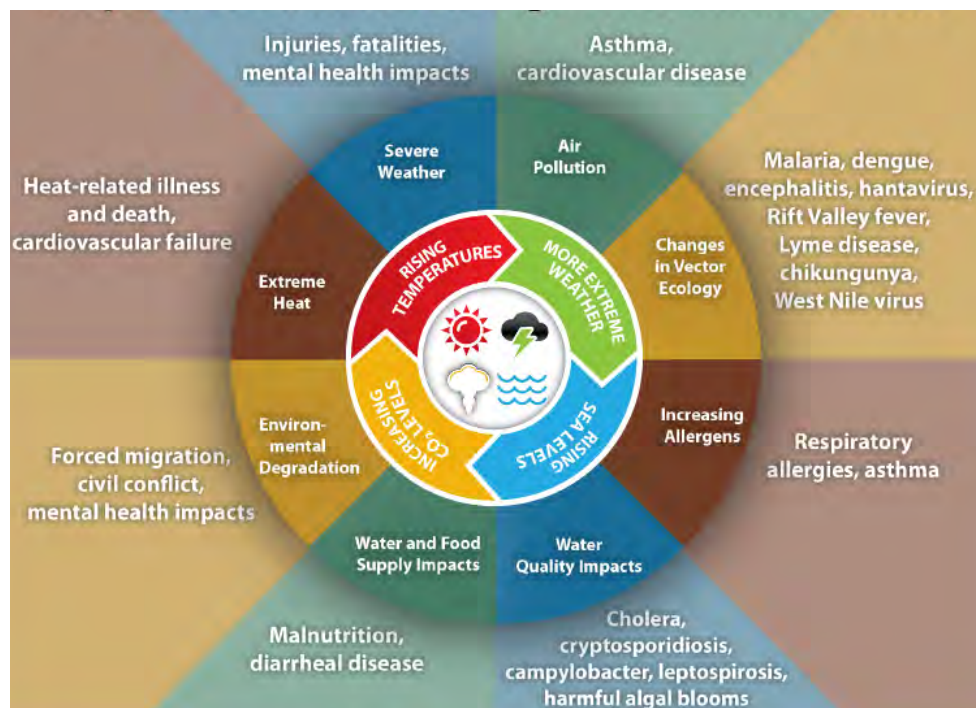


Figura 49. Effetti del cambiamento climatico sulla salute umana (CDC, 2016)



razione per comprendere la complessa rete di influenza dei cambiamenti climatici sulla salute umana, viene rintracciato nei livelli di vulnerabilità determinata dal livello di esposizione ad un fattore di rischio, alla sensibilità a

quel fattore di rischio ed alla capacità di adattamento. Fattori socioeconomici, demografici e geografici e altri fattori di rischio rendono una popolazione più o meno vulnerabile alle conseguenze sulla salute del cambiamento climatico. In

tal senso non tutte le persone vivono lo stesso rischio per cui è importante considerare quali fattori di vulnerabilità, ad esempio, l'età, le risorse economiche e la posizione geografica.

Gli effetti dei cambiamenti climatici sulla salute umana sono quindi molteplici, come illustrato in Figura 49, in cui vengono rappresentati sia gli impatti più significativi del cambiamento climatico (temperature in aumento, condizioni meteorologiche estreme, aumento dei livelli del mare e aumentanti livelli di anidride carbonica), sia il loro effetto sulle esposizioni ed i conseguenti risultati di salute che possono derivare (CDC, 2016).

In primis sono ad oggi già evidenti le conseguenze del caldo e delle ondate di calore sulla salute, in particolare in alcuni sottogruppi di popolazione a maggior rischio (anziani, persone affette da malattie croniche, persone di basso livello socioeconomico o con condizioni abitative disagiate). L'invecchiamento della popolazione porterà ad un ulteriore aumento dei rischi. Possiamo definire le ondate di calore come quei periodi di cinque o più giorni in cui la temperatura dell'ambiente eccede la media massima calcolata nel periodo 1961-1990 di 5° centigradi. La sintomatologia associata al caldo prevede disidratazione, iponatriemia, stress da calore, crampi muscolari, lipotimia e comparsa di edemi, con effetti sulla salute riscontrabili in malattie cardiovascolari, parto pre-terminale, esacerbazione di patologie respiratorie. Le morti per temperature estreme si concentrano principalmente nelle aree urbane, come evidenziato dallo "urban heat Island effect" o "effetto isola di calore urbana" che rappresenta il fenomeno per cui si rintraccia un microclima più caldo all'interno delle aree urbane

cittadine rispetto alle circostanti zone periferiche e rurali.

Il maggior accumulo di calore nelle zone urbane è determinato da una serie di cause, in interazione tra loro, quali: la diffusa cementificazione, con una prevalenza delle superfici asfaltate sulle aree verdi; le emissioni di inquinanti provenienti dalle automobili, ma anche dalle industrie e dai sistemi di riscaldamento e di condizionamento; la scarsa azione del vento a causa della fitta rete di mura nel favorire il ricircolo di aria ed il relativo effetto refrigerante; l'inibizione della dispersione di calore tramite irraggiamento termico a causa della maggiore presenza di superfici orizzontali rispetto alle superfici verticali.

Un esempio dell'effetto delle ondate di calore sulla salute è visibile nei dati relativi ai decessi nell'estate 2003 in Europa, quando ci furono tre settimane di ondata di calore che portò a 40.000 morti in dodici paesi, principalmente anziani che vivevano in aree urbane (Fouillet et al., 2006).

I dati relativi all'Italia nel 2003 mostrano un andamento analogo. Durante l'intero periodo estivo (1° giugno – 31 agosto 2003) la mortalità tra le persone residenti in 21 città ha registrato un aumento totale pari al 15.2% passando da 20.564 a 23.698 unità. Sono particolarmente elevati gli incrementi di Torino, (31.5%), Trento (32.7%), Bolzano (28.1%), Milano (21.1%), Genova (16.8%), Bari (26.2%). I livelli di mortalità più elevati si rintracciano nella popolazione anziana: dei 3.134 decessi in più totali, ben 3.027 (pari al 98.6%) si sono verificati negli over 65 anni e di questi 2.876 (pari al 91.8% del totale delle età) nelle persone di 75 anni ed oltre (Conti, 2003).

Durante l'estate 2015, un'altra impor-

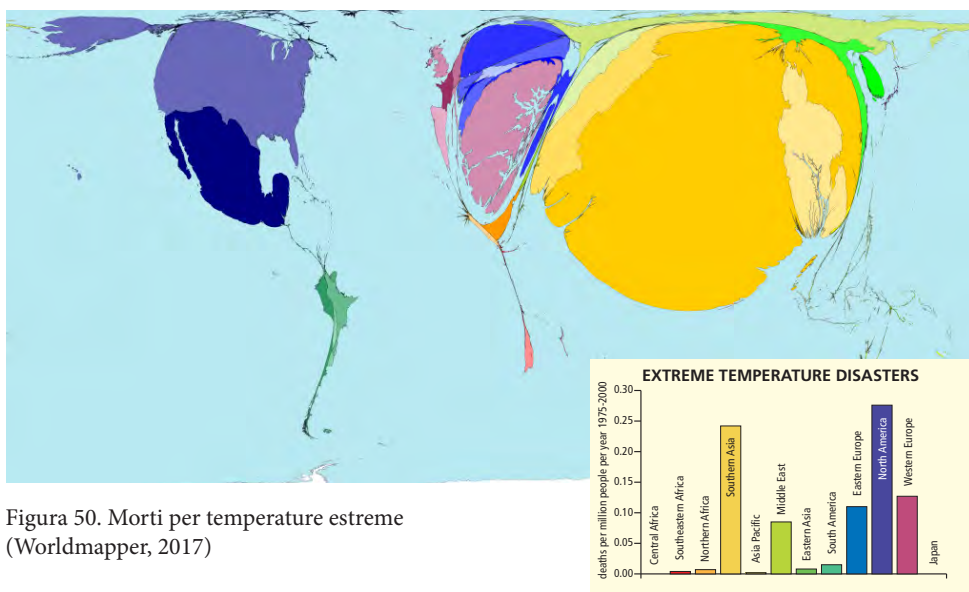


Figura 50. Morti per temperature estreme (Worldmapper, 2017)

Figura 51. "Urban heat Island effect" o "effetto isola di calore urbana"

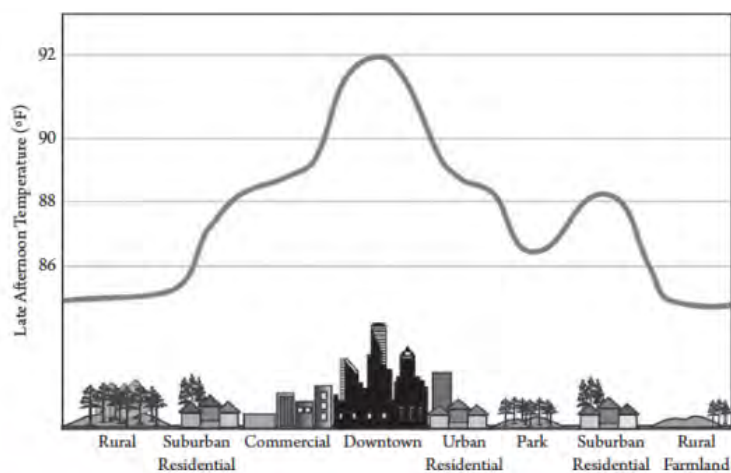
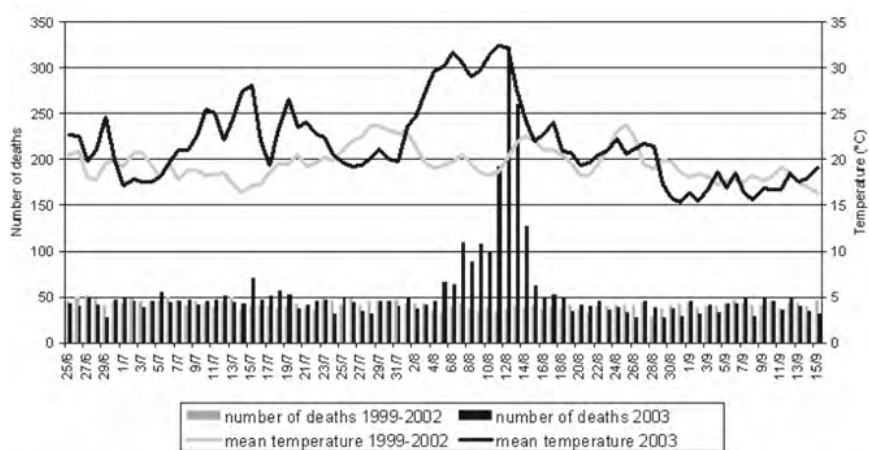


Figura 52. Comparazione tra dati 2003 e 1999-2002 relativi alle morti giornalieri e alla media delle temperature a Parigi (Fouillet et al., 2006)



tante ondate di calore in Italia ha causato un aumento della mortalità giornaliera nella popolazione con età superiore ai 65 anni nel mese di luglio 2015, con incrementi compresi tra +15% e +55% (Legambiente, 2017).

Le morti legate alle ondate di calore potrebbero aumentare di ben 50 volte in Europa, come riferito da uno studio dell'European Commission Joint Research Centre (Forzieri et al., 2017), che stima circa 152.000 decessi all'anno fra il 2071 e il 2100 come conseguenza dei fenomeni meteo estremi. I più colpiti saranno i cittadini dell'Europa meridionale: Italia, Spagna e Francia del Sud. La ricerca ha utilizzato gli attuali modelli di previsioni per scoprire quanto spesso e dove potrebbero verificarsi in Europa nei prossimi anni sette tipi di disastri meteo, come ondate di calore, incendi e inondazioni, qualora non venissero previste azioni per arrestare il riscaldamento globale. Secondo le previsioni ben 351 milioni di persone verranno colpite da questi disastri dal 2071 al 2100 rispetto ai 25 milioni colpiti fra il 1981 e il 2010, con un aumento anche dei decessi dovuti ai cambiamenti climatici che potrebbero passare dai 3mila l'anno fra l'81 e il 2010 a 152mila l'anno entro il 2100. Circa 50 volte di più, con un picco di 64 volte di più nei Paesi più vulnerabili, come Spagna, Francia del Sud ed Italia. La maggiore mortalità sembra che sarà dovuta soprattutto alle ondate di calore, fenomeno che in futuro potrebbe causare il 99% dei decessi dovuti agli effetti dei cambiamenti climatici.

Un altro fattore è legato all'aumento dei decessi e delle malattie causate dagli eventi climatici estremi quali precipitazioni intense, inondazioni, uragani, incendi e siccità.

In tal senso è interessante notare anche gli effetti sulla salute mentale, con un aumento di casi di disturbo post traumatico da stress, episodi di ansia e depressione come conseguenza di eventi estremi (ad esempio, alluvioni, siccità o uragani).

Tra il 1980 e il 2009 2,8 miliardi di persone verranno colpite da alluvioni con previsioni di 500.000 morti. Si ipotizza un aumento di questi fenomeni in Asia, Africa, America Centra e Sud America (IPCC, 2012).

Anche in Italia gli effetti dei cambiamenti climatici sono stati evidenti negli ultimi anni con 101 Comuni italiani in cui sono stati registrati impatti rilevanti legati a fenomeni atmosferici estremi, con 204 eventi registrati, suddivisi in alcune categorie principali (allagamenti, frane, esondazioni, danni alle infrastrutture ed al patrimonio storico provocati da trombe d'aria o da temperature estreme). Dal 2010 al 2015 le sole inondazioni hanno provocato in Italia la morte di 140 persone e l'evacuazione di oltre 32mila persone, secondo i dati del Consiglio Nazionale delle Ricerche (Legambiente, 2017).

Un altro fattore molto importante è quello relativo agli effetti sulla salute dell'inquinamento dell'aria: meno di una persona su 10 nel mondo respira un'aria che rispetta le più recenti linee guida in materia di inquinamento da PM10 e PM2.5. Tutto ciò contribuisce alla presenza di oltre 3 milioni di morti nel 2012 dovute a malattie croniche riconducibili all'inquinamento ambientale e, se si considera anche l'inquinamento "indoor" cioè quello domestico, il numero di morti annue sale a 6.5 milioni. Solo Europa e Stati Uniti sono riusciti fra il 2008 e il 2013 a ridurre i propri livelli di PM10 e PM2.5 e in generale il

30% delle città analizzate ha visto aumentare i propri livelli di inquinamento, con picchi di quasi il 50% sempre nel sud-est Asiatico. Le conseguenze sulla salute in termini sia di mortalità che di incidenza di malattie croniche, e dunque di perdita di anni in buona salute (DALYs), sono evidenziate dalla presenza di 47mila morti su 100mila nel mondo riconducibili all'azione dell'inquinamento dell'aria. Principalmente tali morti sono dovute ad infarti (36%), malattie cardiovascolari (36%), malattie polmonari e ai bronchi (22%), con una situazione particolarmente drammatica nelle regioni del Pacifico e del Sudest Asiatico ma anche in Europa. Fra i paesi ricchi europei l'inquinamento dell'aria è responsabile di ben 54 morti su 100mila. Si perdono infine anche molti anni in salute (DALYs), quasi 85mila nel 2012, in particolare per le conseguenze di infarti e malattie cardiache, di cui oltre 15mila in bambini con meno di 5 anni (WHO, 2017b).

Il riscaldamento del clima porta anche ad un sempre maggiore aumento della biomassa vegetale e della produzione di polline, come anche a stagioni dei pollini più lunghe, cosa che, nell'emisfero Nord, contribuisce all'incremento delle malattie allergiche causate dai pollini. In tal senso appaiono fondamentali alcune misure preventive come: effettuare visite mediche regolari, soprattutto per le persone affette da patologie respiratorie; prepararsi alle fasi di maggiore esposizione ai pollini ad esempio con cure preventive o evitando attività fisica intensa; utilizzo di sistemi di riscaldamento basati su fonti non inquinanti di energia.

Inoltre si assiste a cambiamenti nella distribuzione spaziale, nell'intensità e stagionalità delle epidemie di malattie in-

Figura 53. Morti per inondazioni (Worldmapper, 2017)

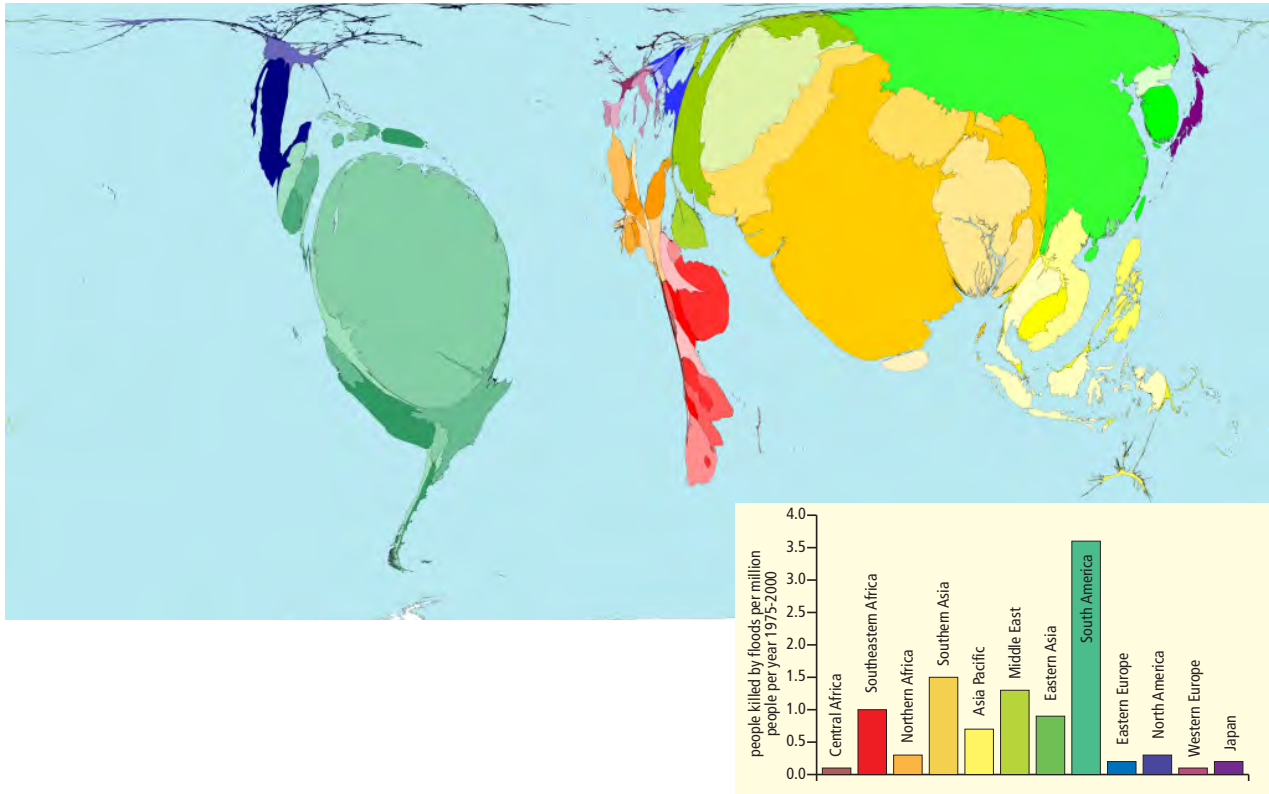


Figura 54. Morti per tempeste (cicloni, tornado, uragani, tifoni, tempeste tropicali, tempeste invernali) (Worldmapper, 2017)

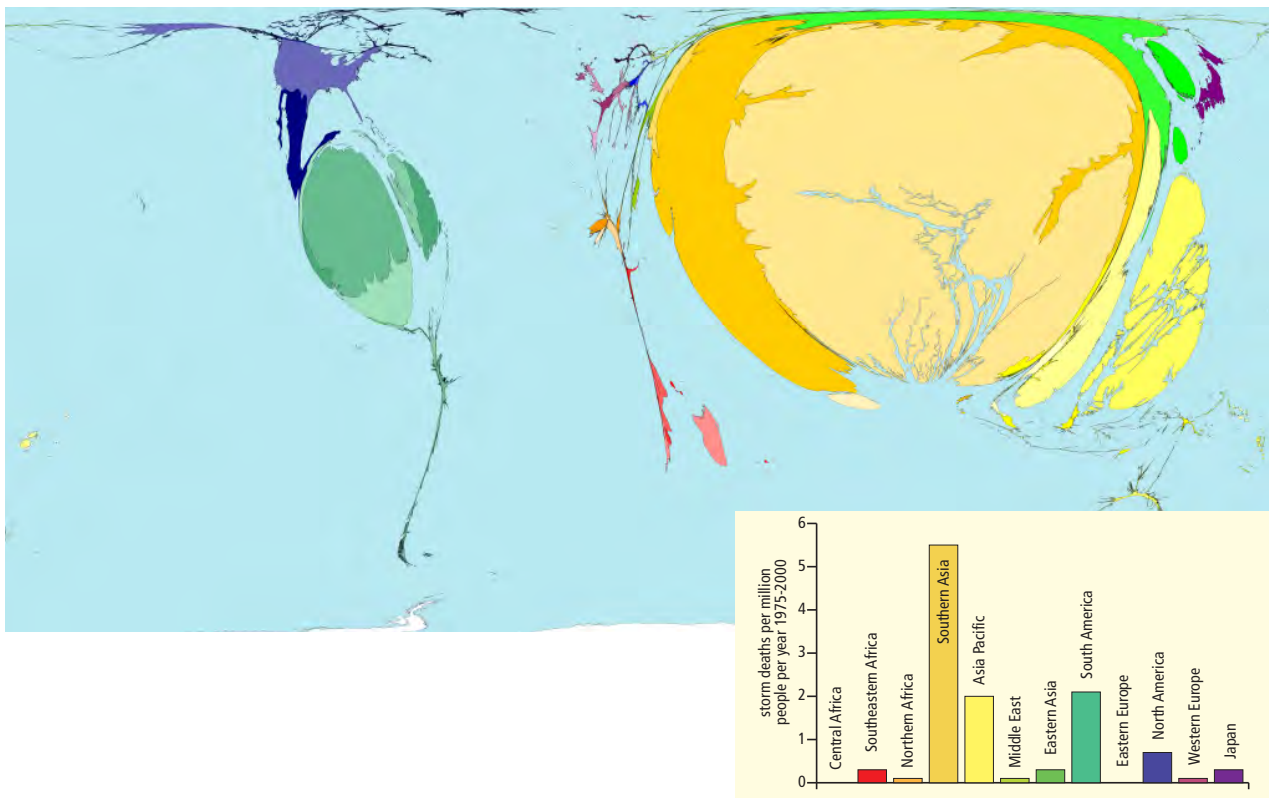


Figura 55. Morti per siccità (Worldmapper, 2017)

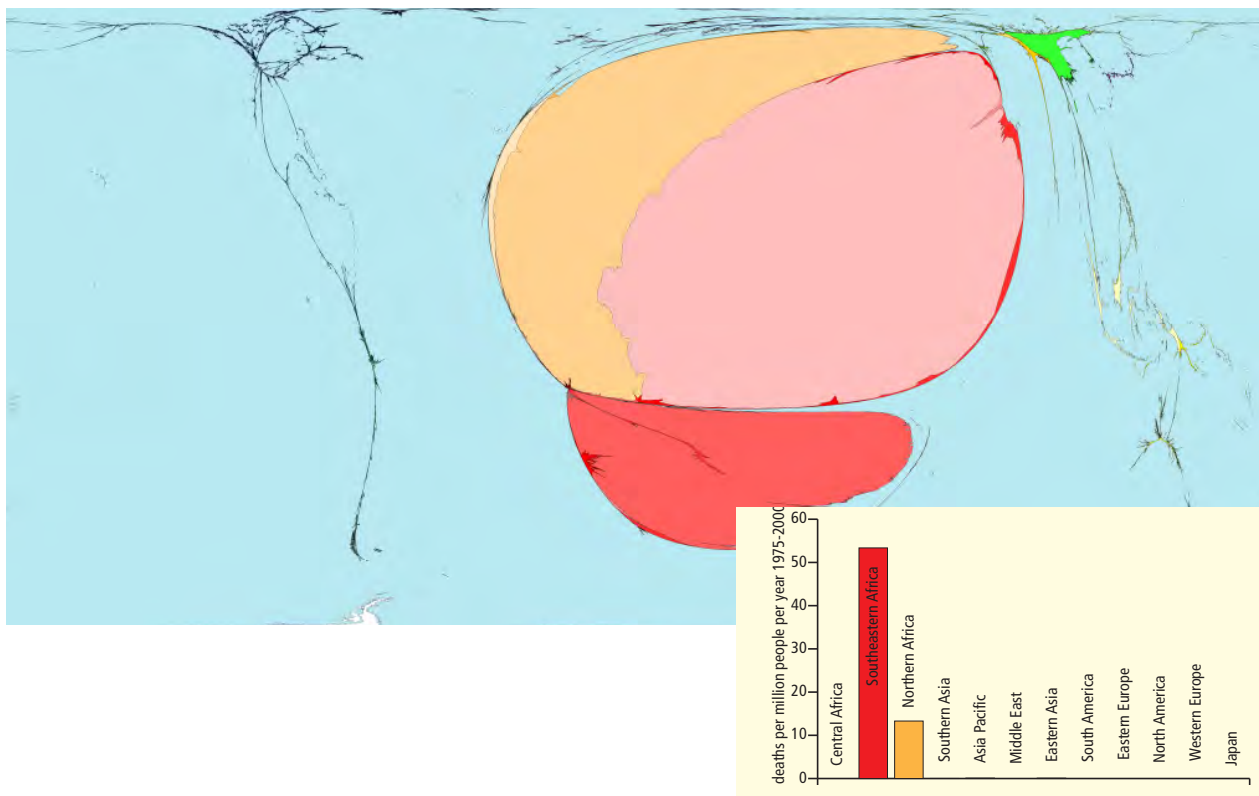


Figura 56. Esposizione fisica media ai cicloni tropicali come pericolo costante (in migliaia di persone all'anno) (IPCC, 2012)

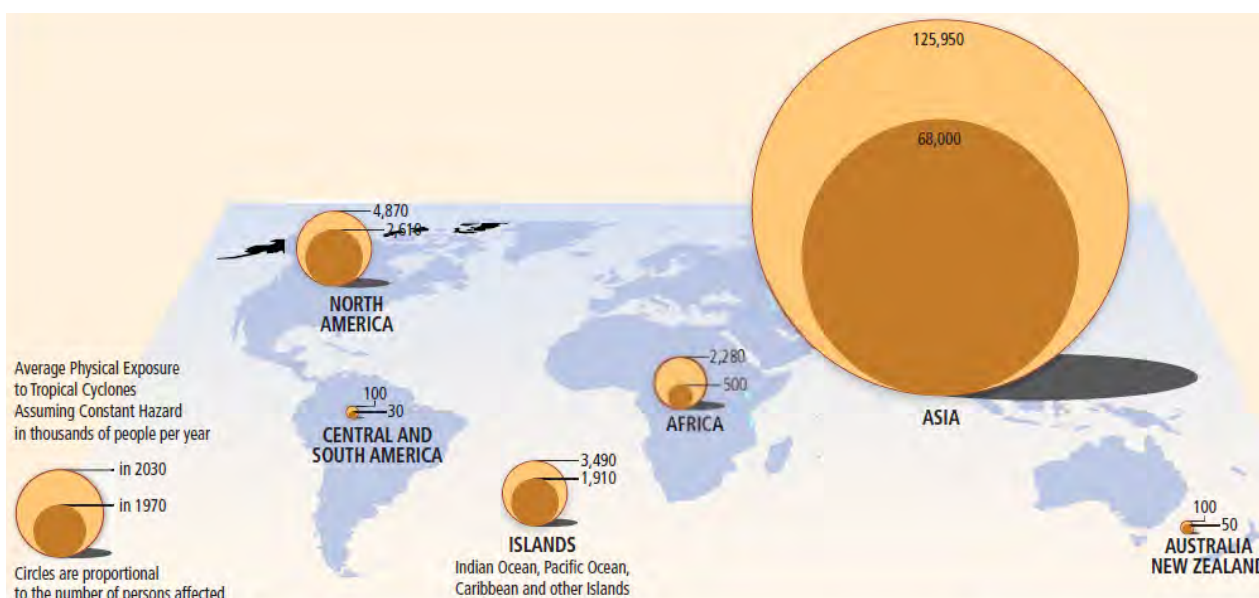


Figura 57 Esposizione fisica media alle alluvioni come pericolo costante (in migliaia di persone all'anno) (IPCC, 2012)

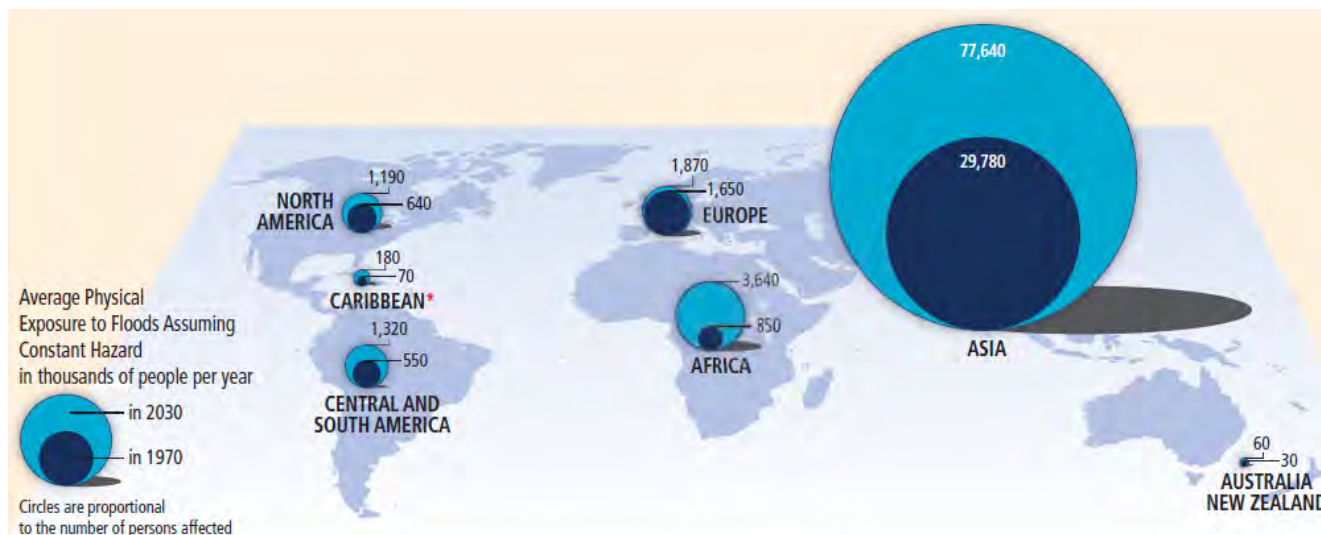
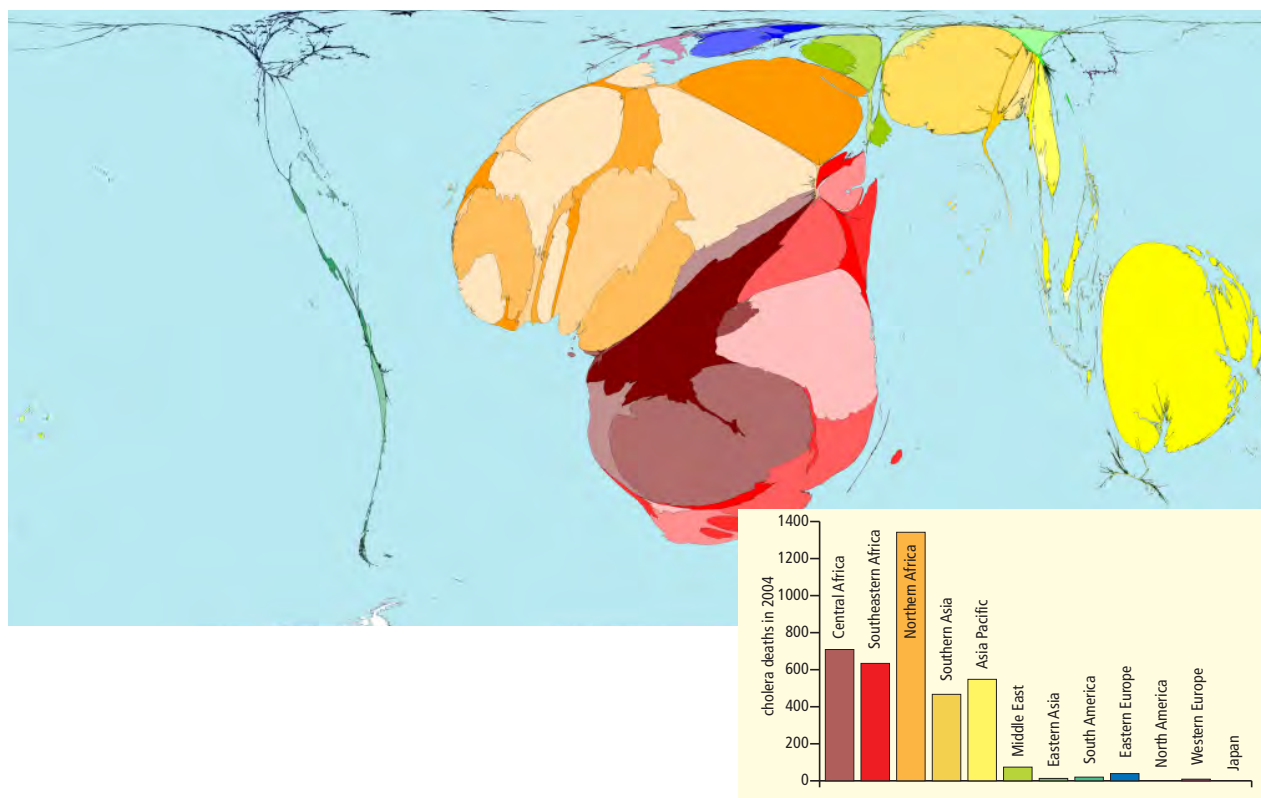


Figura 58. Morti per colera (Worldmapper, 2017)



fettive (es: meningite meningococcica) e delle malattie trasmesse da vettori (es: malaria e Dengue) oltre che all'aumento di tossinfezioni alimentari e di tossine prodotte dall'aumento di «fioriture» di alghe (IPCC, 2007). Molto importante infatti è anche il ruolo delle malattie idrotrasmesse in particolare a carico di virus enterici e il colera. Le ricerche evidenziano un'associazione tra precipitazioni e patologie gastrointestinali/malattie idrotrasmesse sia nei paesi a basso reddito che ad alto reddito (ibidem).

Come accennato precedentemente, si assiste ad un aggravamento della malnutrizione della popolazione nei Paesi in via di sviluppo a causa dell'aumento della siccità e del decremento dei raccolti agricoli, con ulteriori differenze di effetti dei cambiamenti climatici a livello geografico. Infatti, oltre a quanto accade nelle aree in via di desertificazione, sarà sempre maggiore la vulnerabilità delle popolazioni che vivono nelle zone costiere a bassa altitudine a causa sia dell'infiltrazione di acqua salata nelle riserve di acqua dolce, sia di allagamenti con conseguenti spostamenti delle popolazioni in particolare nelle regioni densamente abitate, come avviene in Bangladesh. Anche le comunità che vivono nell'Artico faranno i conti con una maggiore vulnerabilità correlata ai cambiamenti nella dieta legati alla migrazione e distribuzione degli animali (IPCC, 2007).

Negli interventi per contrastare gli effetti dei cambiamenti climatici sarà fondamentale il ruolo della ricerca epidemiologica che dovrà produrre sempre maggiori prove dell'associazione tra esposizione a fattori climatici ed effetti sulla salute. Inoltre parte della ricerca dovrà utilizzare modelli complessi in grado di chiarire quale sarà l'impatto

sulla salute di scenari climatici futuri, riducendo il grado di incertezza. La risposta immediata per contrastare gli effetti dei cambiamenti climatici è quella di attuare politiche di mitigazione ed adattamento. Le prime mirano ad una riduzione a lungo termine delle emissioni di gas serra, in particolare attraverso interventi nel campo dell'agricoltura, della produzione di energia elettrica, dei trasporti e dei consumi energetici nelle abitazioni, agendo quindi su condizioni e abitudini di vita determinanti della salute e delle disuguaglianze nella salute. Tra le politiche di adattamento invece ritroviamo sistemi di allarme per prevedere in anticipo l'arrivo di condizioni di rischio per la salute della popolazione, programmi di prevenzione mirati ai sottogruppi di popolazione a maggior rischio, una più vasta diffusione della climatizzazione basata su energie green nei luoghi pubblici e nelle abitazioni. Il beneficio di tali interventi non sarà solo a livello ambientale ma anche sulla salute delle persone, secondo un principio di "health co-benefit", per cui gli interventi volti ad abbassare le emissioni gas serra possono proteggere dal riscaldamento globale e dalle conseguenze per la salute (The UCL Lancet Commission, 2009; IPCC, 2014).

Numerosi sono i documenti di grande rilevanza per i decisori, contenenti indicazioni per la programmazione di azioni efficaci che tengano conto dei cambiamenti climatici nelle varie politiche, come ad esempio quelli presentati dall'Organizzazione Mondiale della Salute per le politiche di salute pubblica (WHO, 2015) o il documento delle Nazioni Unite per l'elaborazione dei piani nazionali di adattamento (UN, 2012).

Resta l'urgenza di un'azione forte e coordinata della comunità internazionale

per ridurre il contributo antropico ai cambiamenti climatici migliorando l'efficienza degli usi energetici ed aumentando il ricorso alle fonti energetiche rinnovabili.

Malattie da vettori e antibioticoresistenza



Photo by WHO/B. Chandra (www.who.int)

Negli ultimi anni in Europa globalizzazione e cambiamenti climatici hanno aumentato il rischio di introduzione e diffusione di patologie virali di interesse medico umano e veterinario trasmesse da vettori. Un vettore è un organismo vivente che trasmette un agente infettivo da un animale infetto all'uomo o a un altro animale. I vettori sono spesso artropodi, vale a dire zanzare, zecche, mosche, pulci e pidocchi. I vettori biologici, come zanzare e zecche, sono anch'essi contagiati dagli agenti patogeni, che si moltiplicano all'interno del loro organismo e, in seguito a morso o puntura, vengono trasmessi al nuovo ospite. I vettori meccanici, come le mosche, invece possono trasportare l'agente infettivo sulla superficie del loro corpo e trasmetterlo per contatto fisico. Le malattie veicolate mediante vettori sono denominate "malattie trasmesse da vettori" e molte di esse sono "zoonosi", ossia infezioni o malattie che possono essere trasmesse tra animali ed esseri umani. Le malattie trasmissibili possono dif-

fondere all'interno di una popolazione o di un territorio più o meno rapidamente e con modalità diverse.

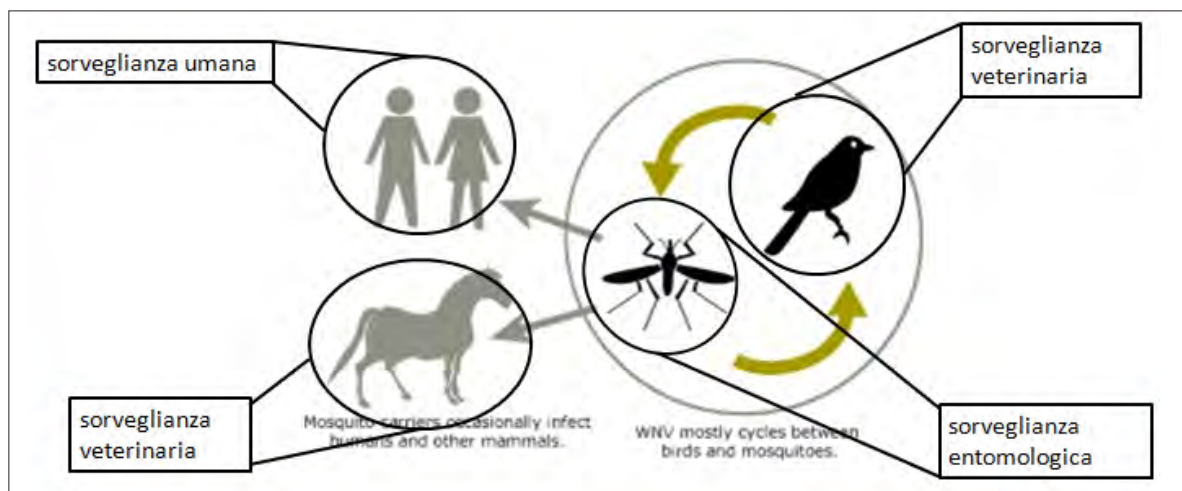
Fra le diverse variabili che intervengono nel processo di diffusione delle malattie trasmissibili, le più importanti sono legate alle caratteristiche dell'ospite in termini di recettività e contagiosità, alle caratteristiche dell'agente in termini di infettività, virulenza e stabilità, ed all'efficienza del contatto che è legata alla durata del contatto, alla via di penetrazione nell'ospite, alla stabilità dell'agente, alle vie di escrezione e ad altri possibili fattori.

In particolare la recettività rappresenta la capacità di ospitare un agente patogeno e di permetterne lo sviluppo o la moltiplicazione. Un fattore importante che condiziona la recettività è la specie animale, poiché per una malattia la recettività può essere molto ampia, oppure limitata a una sola specie o a gruppi di specie. La gamma di specie animali recettive a una malattia viene detta, nel suo complesso, "spettro d'ospite". Un

altro fattore importante che influisce sulla recettività è l'immunità derivante da una pregressa infezione o da una vaccinazione. La contagiosità è invece la tendenza di una malattia o di un agente a diffondere all'interno di una popolazione recettiva per contatto diretto o indiretto e dipende da moltissime variabili. Le più importanti sono la durata del periodo in cui l'ospite è infettante e la quantità di agente escreto dall'ospite. Esistono altri fattori che influenzano la contagiosità, tra cui ad esempio il tempo che intercorre tra l'infezione e l'escrezione dell'agente.

L'infettività è una caratteristica dell'agente che misura con quanta facilità esso è in grado di infettare l'ospite e può variare in rapporto ai differenti ceppi dello stesso agente e dipende anche da altri fattori quali la via di infezione, l'età dell'ospite, il suo stato di resistenza innata o acquisita. La virulenza rappresenta il potere patogeno di un agente, ossia quanto esso è capace di provocare una malattia e di indurre lesioni nei

Figura 59. Esempio di interazione delle diverse sorveglianze in caso di WNV



tessuti colpiti. La stabilità, detta anche resistenza di un agente, è la sua capacità di sopravvivere per tempi più o meno lunghi al di fuori dell'ospite.

Molte malattie trasmesse da vettori sono considerate malattie infettive emergenti o riemergenti in Europa, ovvero malattie che compaiono per la prima volta all'interno di una popolazione o malattie che possono essere esistite in precedenza ma la cui incidenza o diffusione geografica è in rapido aumento. La diffusione di vettori in nuove aree geografiche è legata, per esempio, ai viaggi compiuti dall'uomo, agli scambi commerciali internazionali, al trasporto di animali, agli uccelli migratori, alla variazione delle pratiche agricole ed ai cambiamenti climatici.

Ogni anno nel mondo si verificano oltre un miliardo di casi e più di un milione di decessi dovuti a malattie trasmesse da vettori che rappresentano oltre il 17% di tutte le malattie infettive (Ministero della Salute, 2014).

In Italia è stata registrata l'introduzione di 3 tra i principali arbovirus trasmessi da zanzare: West Nile Virus (WNV), Usutu virus (USUV) e Chikungunya

virus (CHKV). La complessa gestione delle malattie da vettore secondo un'ottica One Health include un confronto costante ed una relazione tra la sanità animale e la sanità umana. Tutto ciò appare ancor più importante se consideriamo che la proliferazione di vettori (zanzare o zecche ad esempio) risente fortemente dei cambiamenti climatici e che i due terzi delle malattie emergenti sono di origine animali.

Esistono diversi tipi di vettori che possono trasmettere diverse malattie. In particolare ad esempio ai culicidi è attribuita la responsabilità di trasmissione di WNV, USUV, di altri virus come Bunyviridae e Alphaviridae, di protozoi (*Plasmodium*) e di elminti (filarie). Altri batteri o virus trasmessi da zecche sono invece Tick-Borne Encephalitis (TBE), Borrelia, Anaplasma, Rickettsia, Neorhlichia, Babesia. Ai flebotomi è attribuibile la leishmania, il Toscana-Napoli-Sicilia virus, mentre i Culicoides sono responsabili della trasmissione di Blue Tongue e Schmallenberg virus.

Esempi emblematici sono e sono stati la SARS, originata probabilmente da un virus dei pipistrelli, e l'HIV, che ritro-

va la sua origine in un virus dei primati. Ad oggi anche in Italia ci si trova a contrastare alcuni focali come nel caso del West Nile Virus o Chikungunya Virus trasmessi da una tipologia di zanzara infetta, o la malattia di Lyme, di origine batterica, trasmessa dalle zecche infette. Data l'elevata frequenza con cui questi virus vanno incontro a fenomeni di mutazione, c'è la concreta possibilità che da un serbatoio animale possa originare un nuovo virus per il quale la popolazione umana risulti suscettibile dando modo alla malattia di estendersi a livello globale, provocando quindi una pandemia.

Nello specifico ad esempio le patologie trasmesse da zanzare sono caratterizzate da un ciclo epidemiologico complesso, che vede coinvolti, oltre alla zanzara quale vettore, anche uccelli, altri mammiferi e uomo. Questi ultimi rappresentano ottimi indicatori della circolazione virale dal momento che, a seguito del contatto coi virus, possono sviluppare anticorpi o addirittura la malattia. Date la complessità del ciclo e la grande capacità diffusiva di questi virus e dei loro vettori, un sistema di monitoraggio ef-

ficace deve prevedere l'integrazione di differenti livelli di sorveglianza, ponendo un'attenzione particolare alle aree limitrofe a quelle di permanente circolazione virale, per rilevare precocemente possibili nuove introduzioni di virus e vettori.

In tal senso appare fondamentale il sistema di sorveglianza integrato per verificare l'infezione delle diverse popolazioni, ovvero dei vettori stessi tramite sorveglianza entomologica, degli animali possibili ospiti e dell'uomo, tramite sorveglianza veterinaria ed umana. La sorveglianza entomologica rappresenta una forma di controllo della diffusione dei virus fondamentale ed avviene secondo tecniche precise e criteri stringenti che consentono di verificare nei tempi più rapidi possibili la presenza dei virus in certe zone. In particolare, visto il suo ruolo fondamentale, vale la pena soffermarsi sugli obiettivi della sorveglianza entomologica:

- Conoscenza delle specie presenti nel territorio;
- Densità assolute e relative;
- Presenza patogeni e tasso d'infezione;
- Caratterizzare geneticamente i virus;
- Introduzione specie nuove di vettori o patogeni;
- Diagnosi precoce di circolazione virale.

Mentre le sorveglianze animali ed umane hanno come oggetto di studio i casi umani o animali di malattie da vettore, la sorveglianza entomologica si focalizza quindi sui vettori stessi, al fine di studiarne la presenza, la distribuzione e l'abbondanza in una data area ma anche la presenza, la diffusione e l'incidenza degli agenti patogeni nella popolazione del vettore, al fine di creare degli strumenti (modelli, soglie di rischio, linee

guida, protocolli d'intervento ecc.) che permettano di contrastare al meglio la diffusione delle malattie da vettore. In particolare la sorveglianza entomologica va ad indagare tre ambiti: sui vettori di patogeni circolanti, sui vettori di patogeni periodicamente introdotti da viaggiatori infettati in paesi endemici, sui vettori non ancora presenti ma a rischio d'introduzione.

Uno dei più importanti patogeni veicolato da zanzare attualmente circolante in Italia, per ora solo in alcune aree, è il West Nile virus (WNV), il cui principale vettore è la zanzara comune (*Culex pipiens*). La sorveglianza su questa specie si attua principalmente tramite la cattura, per mezzo di trappole attrattive, delle zanzare, che poi vengono identificate, contate e sottoposte alle analisi necessarie per l'individuazione di WNV. Le informazioni ricavate permetteranno di stabilire presenza, distribuzione e incidenza del virus.

La febbre West Nile è una malattia provocata dal Virus West Nile della famiglia dei Flaviviridae isolato per la prima volta nel 1937 in Uganda, appunto nel distretto West Nile, da cui prende il nome. Il virus è diffuso in Africa, Asia occidentale, Europa, Australia e America. I serbatoi del virus sono gli uccelli selvatici e le zanzare, più frequentemente del tipo *Culex*, le cui punture sono il principale mezzo di trasmissione all'uomo. Il periodo di incubazione dal momento della puntura della zanzara infetta varia fra 2 e 14 giorni. La maggior parte delle persone infette non mostra alcun sintomo. Fra i casi sintomatici, circa il 20% presenta sintomi leggeri: febbre, mal di testa, nausea, vomito, linfonodi ingrossati, sfoghi cutanei. Negli anziani e nelle persone debilitate, invece, la sintomatologia può essere più grave. I

sintomi più gravi si presentano in media in meno dell'1% delle persone infette e comprendono febbre alta, forti mal di testa, debolezza muscolare, disorientamento, tremori, disturbi alla vista, torpore, convulsioni, fino alla paralisi e al coma. Alcuni effetti neurologici possono essere permanenti. Nei casi più gravi (circa 1 su mille) il virus può causare un'encefalite letale (EpiCentro, 2017).

La Chikungunya è una malattia virale, caratterizzata da febbre e forti dolori, che viene trasmessa all'uomo attraverso la puntura di una zanzara femmina del genere *Aedes*, come *Aedes aegypti* ed *Aedes albopictus*. Il virus responsabile appartiene alla famiglia delle *Togaviridae*, del genere degli *Alphavirus*. La prima epidemia attribuibile forse allo stesso agente virale è stata descritta già nel 1779 in Indonesia, mentre nel 1952 in Tanzania si riporta la prima epidemia certa di Chikungunya, nel 2017 compare anche in Italia, soprattutto nel Lazio. Dal momento della puntura il periodo di incubazione è di 2-12 giorni, dopo di che si manifestano improvvisamente febbre e dolori articolari molto forti che limitano fortemente i movimenti e rappresentano il sintomo più debilitante che può prolungarsi per giorni o anche settimane. Può manifestarsi anche dolore muscolare, mal di testa, affaticamento e rash cutaneo. Inoltre, il virus della Chikungunya può causare malattie acute, subacute o croniche. La prognosi è buona anche se in alcuni casi il dolore alle articolazioni può persistere per mesi o anche anni. Occasionalmente sono state segnalate complicanze oculari, neurologiche, cardiache e gastrointestinali e solo raramente si verificano complicanze gravi, anche se negli anziani la malattia può essere una causa di morte (Rizzo, 2017).

La malattia di Lyme è una malattia di derivazione batterica che vede la sua origine nella trasmissione del batterio *Borrelia* attraverso la puntura di zecche dure del genere *Ixodes* e forse anche dalle *Amblyomma* e *Dermacentor*. I principali serbatoi dell'infezione sono rappresentati da animali selvatici (roditori, caprioli, cervi, volpi, lepri). Il nome della malattia origina dall'omonima cittadina americana in cui fu descritto il primo caso nel 1975. I primi sintomi della malattia sono a carico della pelle ed hanno andamento intermittente e mutevole. Si manifesta inizialmente una macchia rossa che si espande lentamente ed entro qualche settimana si possono sviluppare disturbi neurologici precoci caratterizzati da artralgie migranti, mialgie, meningiti, polineuriti, linfocitoma cutaneo, miocardite e disturbi della conduzione atrio-ventricolare. I sintomi sono fluttuanti e possono durare per mesi e cronicizzare. A distanza di mesi o anni dall'infezione si possono manifestare artrite cronica, meningite, encefalomielite, atassia cerebellare, polineuropatie sensitivo-motorie, disturbi del sonno e comportamentali, acrodermatite cronica atrofica, mio pericardite e cardiomegalia (EpiCentro, 2017b). Considerando il trattamento antibiotico quale prassi fondamentale per il trattamento di queste malattie, diventa fondamentale il monitoraggio dei fenomeni di antibioticoresistenza nei batteri patogeni per l'uomo e per gli animali al fine di evidenziare e prevenire rischi per la salute umana.

Antibioticoresistenza

“Lo sviluppo e l'impiego degli antibiotici, a partire dalla seconda metà del XX secolo, ha rivoluzionato l'approccio al trattamento e alla prevenzione delle ma-

lattie infettive e delle infezioni ritenute in passato incurabili. Tuttavia, malgrado siano state investite risorse ed energie al fine di aumentare la conoscenza dei meccanismi di resistenza e nella ricerca di molecole sempre più efficaci, la comparsa di resistenze agli antibiotici è al momento più veloce dello sviluppo di nuove molecole” (Pantosti, 2012). “La resistenza agli antimicrobici è il fenomeno per il quale un microrganismo risulta resistente all'attività di un farmaco antimicrobico, originariamente efficace per il trattamento delle infezioni da esso causate” (Ministero della salute, 2017). Tale meccanismo vede le sue radici in un funzionamento evolutivo naturale, determinato da mutazioni del corredo genetico del batterio al fine di proteggerlo dall'azione del farmaco.

I fattori alla base dell'antibioticoresistenza sono diversi e principalmente relativi all'aumentato uso, a volte inappropriato, di questi farmaci sia nella salute umana che animale, all'aumento dei viaggi internazionali con maggiore diffusione dei ceppi, alla “multidrug resistance”, ovvero la comparsa di patogeni resistenti contemporaneamente a più antibiotici, cosa di grande rilevanza per la sanità pubblica in quanto riguarda spesso infezioni correlate all'assistenza sanitaria, che insorgono e si diffondono all'interno di ospedali e altre strutture sanitarie, ma che si presenta anche negli allevamenti zootecnici.

Alla luce di ciò l'antibioticoresistenza rappresenta “una priorità di sanità pubblica a livello mondiale, non soltanto per le importanti implicazioni cliniche (aumento della morbilità, letalità, durata della malattia, possibilità di sviluppo di complicanze, possibilità di epidemie), ma anche per la ricaduta economica delle infezioni da batteri antibioti-

co-resistenti, dovuta al costo aggiuntivo richiesto per l'impiego di farmaci e di procedure più costose, per l'allungamento delle degenze in ospedale e per eventuali invalidità” (Pantosti, 2012).

Una stima della morbosità e mortalità che si associa alle infezioni causate da batteri antibioticoresistenti, viene da un'analisi effettuata per conto del Governo Britannico che parla di circa 50.000 decessi ogni anno solo in Europa e negli Stati Uniti dagli effetti dell'antibiotico-resistenza (O'Neill, 2014).

L'OMS (WHO, 2017c) ha stilato una lista sui principali batteri antibiotico resistenti a livello globale per indirizzare le attività nazionali di sorveglianza, controllo, ricerca e sviluppo nazionali, raggruppandoli in tre gruppi: priorità 1 – critica (*Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterobacteriaceae*), priorità 2 – alta (*Enterococcus faecium*, *Staphylococcus aureus*, *Helicobacter pylori*, *Campylobacter*, *Salmonella* spp., *Neisseria gonorrhoeae*), priorità 3 – media (*Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Shigella* spp.).

Come si evince dai dati 2012-2015 riportati nel report annuale “Antimicrobial resistance surveillance in Europe 2015”, pubblicato dallo European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC, 2017), in Europa *Escherichia coli* e *Klebsiella pneumoniae* continuano a mostrare un aumento delle percentuali di resistenza alle cefalosporine di terza generazione, ai fluorochinoloni e agli aminoglicosidi, con fenomeni spesso combinati tra loro a generare batteri multiresistenti. Una situazione aggravata dal diffondersi delle resistenze ai carbapenemi (antibiotici di ultima risorsa per trattare infezioni da batteri multiresistenti), soprattutto in *K. pneumoniae*

(nel 2015 la percentuale media dei ceppi resistenti è stata dell'8,1%). Rappresenta una priorità di salute pubblica la diffusione di batteri gram-positivi, in particolare lo *Staphylococcus aureus* resistente alla meticillina (Meticillin-resistant *Staphylococcus aureus* - Mrsa) la cui diffusione mostra un trend in diminuzione, passando dal 18,8% del 2012 al 16,8% del 2015.

Un recente rapporto dell'Autorità europea per la sicurezza alimentare (EFSA), dell'Agenzia europea dei medicinali (EMA) e del Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC) presenta i dati sul consumo di antibiotici in Europa e sui fenomeni di antibioticoresistenza nel periodo 2013-15 (EFSA/EMA/ECDC, 2017), confermando il legame tra consumo di antibiotici e resistenza agli antibiotici, sia negli esseri umani sia negli animali destinati alla produzione alimentare. Il Rapporto evidenzia un uso più frequente di antibiotici negli animali da produzione alimentare, con differenze però in base al Paese e al tipo di antibiotico. Il rapporto rileva che è elevato l'uso delle polimixine, classificate come antibiotici di "importanza critica" dalla WHO (2017c), soprattutto negli allevamenti e sta aumentando anche negli ospedali. L'uso dei chinoloni, anch'essi di importanza critica per la WHO (ibidem), si è visto che aumenta negli animali le resistenze a questi farmaci in *Salmonella* e *Campylobacter* con maggior rischio di infezioni resistenti nell'uomo. Notevole nell'uomo è invece l'uso di cefalosporine di terza e quarta generazione che è connesso alla diffusione della resistenza a questi antibiotici in *E. coli* isolati dall'uomo (EFSA/EMA/ECDC, 2017). In Italia, secondo quanto rilevato dalle sorveglianze dell'Istituto Superiore di

Sanità, la resistenza agli antibiotici si mantiene tra le più elevate d'Europa, quasi sempre al di sopra della media. In particolare si rintraccia una presenza iperendemica di *Klebsiella pneumoniae* resistente ai carbapenemi, con percentuali di resistenza intorno al 33% nelle batteriemie invariati rispetto agli ultimi anni. La sorveglianza nazionale delle batteriemie da Enterobatteri resistenti ai carbapenemi ha registrato più di 5.000 casi in tre anni. Anche la resistenza in *E. coli* continua a crescere in Italia sia verso le cefalosporine di terza generazione, sia verso i fluorochinoloni, mentre per i batteri Gram-positivi si è notato in Italia un aumento di enterococchi resistenti alla vancomicina (VRE) (Ministero della Salute, 2017).

Nel settore veterinario viene consumato oltre il 50% degli antibiotici utilizzati globalmente, cosa che rappresenta un importante fattore di rischio per la selezione e diffusione di batteri resistenti, il cui trasferimento dall'animale all'uomo può avvenire sia per contatto diretto o mediante alimenti di origine animale, sia per cicli di contaminazione ambientale. Bisogna poi sottolineare che esiste un rischio anche per la salute animale ed un aumento del rischio potenziale per gli allevatori, tutti fattori che combinati contribuiscono alla riduzione delle produzioni e dell'efficienza degli allevamenti.

Vista l'importanza del fenomeno di resistenza agli antibiotici a livello mondiale, a livello europeo è stato attivato un sistema di sorveglianza (EARSS – European Antimicrobial Resistance Surveillance System) poi organizzato in una rete tra diversi sistemi di sorveglianza nazionali (EARS-Net) che viene coordinata e finanziata dall'ECDC grazie anche al sistema informativo di

raccolta dati Tessy.

A livello internazionale la comunità scientifica individua due linee principali su cui muoversi. Innanzi tutto è necessario un cambiamento culturale nella popolazione e nella comunità medica che porti a un impiego appropriato degli antibiotici in modo da ridurre l'abuso. Inoltre nel lungo periodo sarebbe necessario promuovere degli incentivi volti all'introduzione di terapie innovative in grado di far fronte ai ceppi resistenti.

Vista la diffusione del fenomeno nella salute umana ed animale, è chiaro che la resistenza batterica agli antimicrobici rappresenta un problema globale che va affrontato in una logica "One Health", di attenzione alla salute umana e animale senza prescindere dal contesto ambientale.

Quale ruolo per le scienze psicosociali nella Promozione della Salute Globale?

La Carta di Ottawa stilata nel 1986 dall'Organizzazione Mondiale della Salute (WHO, 1986) definisce la Promozione della Salute come "il processo che mette in grado le persone di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla. Per raggiungere uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, un individuo o un gruppo deve essere capace di identificare e realizzare le proprie aspirazioni, di soddisfare i propri bisogni, di cambiare l'ambiente circostante o di farvi fronte. La salute è quindi vista come una risorsa per la vita quotidiana, non è l'obiettivo del vivere. La salute è un concetto positivo che valorizza le risorse personali e sociali, come pure le capacità fisiche. Quindi la promozione della salute non è una responsabilità esclusiva del settore sanitario, ma va al di là degli stili di vita e punta al benessere". Secondo tale definizione quindi la salute è vista come uno "stato di capacità" che si manifesta nella capacità di influire sul proprio organismo, sull'ambiente, sulla vita propria e degli altri e sulla società (Zucconi e Howell, 2003), riferimento questo riconducibile inoltre alla prospettiva delle "capabilities" di Amartya Sen (Braibanti, 2015) secondo cui le persone hanno necessità diverse e diverse capacità o possibilità di trasformare le risorse in "funzionamento", cioè in risultati concreti volti al miglioramento della propria salute e delle proprie prospettive nel progetto di vita. La salute può quindi essere legata ai livelli di funzionamento fisico, mentale e sociale che realizzano i potenzia-

li della persona e la propria esperienza all'interno di un contesto evolutivo. La salute però non è soltanto una responsabilità individuale, in quanto richiede anche un'azione collettiva per assicurare una società e un ambiente in cui le persone possano agire responsabilmente per supportare la salute stessa (ibidem). Per ogni psicologo, in particolare per quanti conosco la Psicologia della Salute, tali affermazioni evocano nozioni e concetti noti, ma che necessitano di una univoca definizione. Diventa infatti necessario condividere che quanto oggi viene inteso con Global Health non si discosta molto da vari approcci e branche di studio della psicologia, che, come anche la medicina, ha subito nel tempo un processo di settorializzazione e specializzazione che in alcuni casi ha fatto perdere di vista la complessità della persona e dei fenomeni sociali.

Il primo passaggio fondamentale è quindi definire la salute nella sua complessità, uscendo dall'utopica concezione di "completo benessere" o di assenza di malattia. La positive psychology ha consentito un ampliamento di visione concentrandosi sulle risorse positive dell'uomo e studiando le strategie utili a promuoverle, cosa che però non va considerata a discapito del mal-essere che va comunque considerato ed incluso in una definizione realistica di salute. È infatti lo stretto rapporto tra mal-essere e ben-essere non in una logica bipolare ma di relazione che ci aiuta a definire la salute. "Tutto questo ci porta a dare dunque una nuova definizione della

salute come un processo integrativo di ben-essere e mal-essere fisico, psichico e sociale" (Bertini, 2012).

Alla luce di tali premesse appare evidente il limite di un approccio Biomedico nel parlare di Promozione della Salute, in quanto esso innanzi tutto non tiene conto dell'interazione corpo-mente, oggi ampiamente dimostrata non come interazione tra due entità distinte ma come motore unico di funzionamento della persona. Ad esempio la psiconeuroendocrinoimmunologia (PNEI) da circa trent'anni studia le interazioni reciproche tra attività mentale, comportamento, sistema nervoso, sistema endocrino e reattività immunitaria, con l'obiettivo primario di studiare in maniera riunificata i sistemi psico-fisiologici che sono stati analizzati per secoli in maniera separata e autonoma. Cercando di esemplificare in maniera semplice un complesso meccanismo biochimico che avviene nella persona, si potrebbe affermare che quando l'individuo vive uno stato di attivazione emozionale come sofferenza, dolore o rabbia per periodi di tempo prolungati, le sostanze rilasciate, le stesse che nella fase di stress iniziale producono effetti positivi, diventano nocive, come delle tossine che inquinano il corpo attivando dei meccanismi dannosi, tra cui uno dei più importanti è la diminuzione o la soppressione della risposta immunitaria che può arrivare a fenomeni patologici (Bottaccioli e Bottaccioli, 2017). Secondo l'approccio della PNEI però non sono solo le emozioni e lo stress che

agiscono sulla salute fisica ma anche il contrario. Alla base di questo approccio si situa l'epigenetica ovvero lo studio dei cambiamenti nell'espressione genica che non sono causati da mutazioni genetiche ma da influenze ambientali di varia natura, che possono anche essere ereditabili. Gli studi epigenetici sono stati applicati anche al campo delle relazioni per cui è ormai accertata l'idea di una co-costruzione ambientale della tipizzazione fenotipica. In particolare le teorie psicodinamiche delle relazioni oggettuali e dell'attaccamento ipotizzano una dimensione interpersonale dello sviluppo individuale che ha posto l'attenzione su una strutturazione dell'identità di matrice relazionale. La configurazione di tratti stabili emotivo-comportamentali riconducibili a diversi stili di cura parentali, infatti, trova un corrispettivo negli studi sugli animali che hanno indagato i processi epigenetici alla base della relazione tra accudimento e responsività allo stress dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene – HPA (Rocchi et al., 2015; Bottaccioli e Bottaccioli, 2017). Inoltre altri studi hanno documentato un'associazione diretta tra parametri di inquinamento ambientale, stabiliti dalla Agenzia di Protezione Ambientale statunitense (EPA), e autismo, in particolare inquinamento da traffico urbano e polveri sottili (PM2,5 e PM10), per cui non sono solo le relazioni e la dimensione psicologica ad influenzare la salute ma anche la dimensione ambientale (Bottaccioli e Bottaccioli, 2017). Numerose sono le evidenze prodotte in questi ambiti, per una cui trattazione si rimanda a Bottaccioli e Bottaccioli, 2017.

Inoltre diversi studi psicologici, sociologici ed antropologici hanno dimostrato che i fattori sociali, come i livelli so-

cioeconomici, l'emarginazione sociale, il razzismo, sono connessi all'insorgenza di problemi mentali come indicato anche dall'Organizzazione Mondiale della Salute (WHO, 2001 in Zucconi e Howell, 2003) (Figura 60).

Tutto ciò depone a favore della necessità di effettuare un salto di paradigma per la comprensione di questi complessi fe-

nomeni spostandosi da un Modello Biomedico ad un Modello Biopsicosociale. Infatti nella stessa Carta di Ottawa viene esplicitato che “non è possibile conquistare il massimo potenziale di salute se non si è in grado di controllare tutto ciò che la determina” (WHO, 1986). In tal senso è utile il riferimento alla Teoria dei Sistemi che si fonda sulla consape-

Figura 60. Il circolo vizioso della povertà e dei disturbi mentali (Zucconi e Howell, 2003)

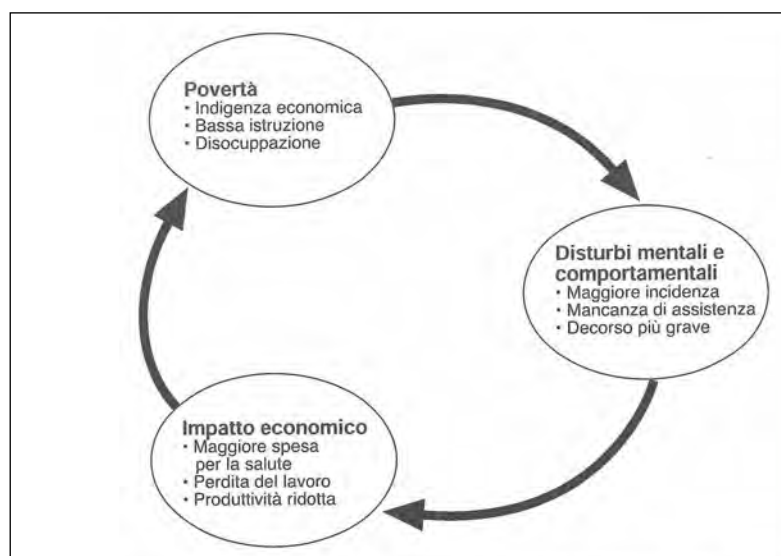
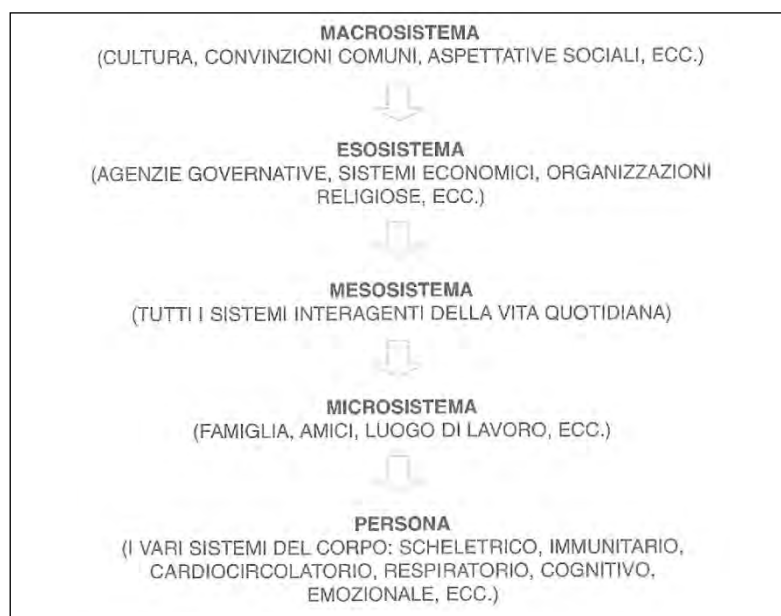


Figura 61. I sistemi che influiscono sull'individuo secondo la Teoria dei sistemi (Schema adattato da Egan e Cowan, 1976 in Zucconi e Howell, 2003)



volezza dell'interdipendenza tra tutti i fenomeni fisici, biologici, psicologici, sociali e culturali. In particolare in Figura 61 vengono rappresentati i sistemi che influiscono sulla persona secondo tale approccio teorico. Già ad una prima osservazione appare evidente come il modello della Teoria dei Sistemi abbia numerosi punti di contatto con il modello dei determinanti di salute di Dahlgren e Whitehead (1991) (Figura 61).

La Teoria dei Sistemi rappresenta quindi un modello ecologico globale in cui la persona, nei suoi vari aspetti biopsicologici e sociali, è meglio compresa se rappresentata come sottosistema facente parte di sistemi più ampi come la famiglia d'origine, la comunità, lo stato socioeconomico, la professione, il contesto culturale, l'ambiente (Zucconi e Howell, 2003). C'è anche da considerare un'altra caratteristica fondamentale del modello sistemico e Biopsicosociale ovvero la dimensione evolutiva che quindi privilegia una life-span perspective, per cui la comprensione dei processi di salute e di malattia è possibile se essi sono contestualizzati secondo una prospettiva temporale che abbracci tutto l'arco vitale (Braibanti, 2015).

Alla luce di quanto affermato è evidente quindi che la salute è costruita socialmente nel contesto dei comportamenti e delle relazioni umane e nell'interazione con i livelli politici e con l'ambiente. Questa affermazione, riferibile ad un paradigma Biopsicosociale, si distacca radicalmente dal Modello Biomedico e dalla tendenza della scienza alla specializzazione settoriale, dal momento che appare evidente che per la Promozione della Salute è fondamentale considerare le interazioni tra elementi e tra discipline, studiando non solo parti e processi isolati ma l'organizzazione e l'ordine

che li riunificano.

La Promozione della Salute deve quindi basarsi su questo cambio di paradigma che riconosce, soprattutto i professionisti sanitari, come agenti di cambiamento che devono quindi poter contare su strumenti efficaci e sull'interdisciplinarietà per stimolare negli individui, nelle comunità e nelle istituzioni la motivazione necessaria ad uscire da uno stato di passività e diventare protagonisti del processo stesso. In particolare ciò implica per gli psicologi un posizionamento epistemologico basato sul riconoscimento dei processi sociali, culturali ed economici che agiscono sulle persone e sulla necessità di saperli identificare come co-determinanti della salute individuale e sociale. Ne consegue la necessità di riappropriarsi del proprio mandato sociale, uscendo dalla stanza di terapia, luogo privilegiato di azione di troppi professionisti, per divenire facilitatori dei processi sociali secondo i modelli teorici indicati ed evitando così un meccanismo che rischia di diventare iatrogeno in quanto focalizzato esclusivamente sull'individuo senza considerare i legami che lo connettono alla società. Diventa quindi fondamentale progettare interventi co-costruiti con le varie parti sociali, in cui le persone e la comunità stessa divengano agenti di cambiamento secondo processi partecipativi di empowerment di comunità. La psicologia può dare un importante contributo alla Promozione della Salute ed è compito anche degli psicologi stessi ingaggiarsi in questi processi, ed è compito anche delle Istituzioni riconoscere il contributo distintivo che questa scienza può dare alla Promozione della Salute Globale.

Quale ruolo per i decisori e la politica rispetto alle Iniquità e ai determinanti sociali della salute?

Abbiamo visto come i determinanti socio-economici siano l'elemento più importante delle differenze di salute di una popolazione. Le disparità sociali nella salute sono un problema complesso che nasce da una serie di meccanismi che si intersecano fra di loro in una rete che ne determina la generazione: la stratificazione sociale dettata da una iniqua distribuzione delle risorse (determinanti distali) influenza la distribuzione dei principali fattori di rischio per la salute degli individui (determinanti prossimali): ambientali, psicosociali, stili di vita insalubri e in molti casi anche i limiti di accesso alle cure appropriate.

L'Organizzazione Mondiale della Salute ha intrapreso un lavoro di revisione e di aggiornamento delle politiche per la salute, basandosi su importanti evidenze scientifiche. In Europa gli obiettivi fondamentali sono il promuovere la salute, ridurre le iniquità di salute e rafforzare la "governance" per la salute. Sono state anche individuate aree di azione prioritaria con i seguenti obiettivi: investire in salute attraverso un approccio life-course; affrontare le sfide per la salute; rafforzare i sistemi socio-sanitari ed aumentare le capacità per rispondere ad emergenze di salute pubblica; creare ambienti favorevoli alla promozione della salute ed a comunità resilienti. Questi obiettivi, molto ambiziosi, si possono raggiungere agendo sui determinanti sociali ed ambientali della salute. Questi determinanti includono il livello di istruzione, del reddito, dell'oc-

cupazione, dell'ambiente di lavoro e di vita me della qualità dei servizi. L'unico modo per agire su questi fattori è un approccio intersettoriale e di raccordo fra i vari mondi che operano nell'ambito delle società fino ad arrivare alle comunità e di conseguenza agli individui.

Quindi i decisori politici hanno un ruolo essenziale nel determinare, con le loro scelte, lo stato di salute di una popolazione e la qualità della vita delle persone. La loro non è una sfida semplice rispetto ad un mondo globalizzato dove l'economia e la finanza la fanno da padroni. La tendenza degli ultimi anni, anche a seguito della crisi economica mondiale, ha sicuramente accentuato il divario fra i vari ceti sociali con un forte aumento della povertà e con un peggioramento delle condizioni di salute e di accesso alle cure e alla prevenzione degli individui. È in questo quadro di risorse limitate che si dovrebbe prestare una attenzione particolare alle politiche di redistribuzione del reddito, di un welfare caratterizzato da una stringente analisi epidemiologica e sociale che tenga conto delle fasce di popolazione più deboli e su queste concentrare le risorse, non solo economiche, ma di miglioramento delle attività rivolte alla riduzione delle iniquità.

Quale ruolo delle ONG? Buone pratiche dal Comitato Collaborazione Medica di Torino

Il CCM in Africa continua nelle sue azioni per rendere consapevoli gli abitanti dei paesi in cui lavora sui rischi della migrazione irregolare; lavorando

con le autorità sanitarie locali migliora i servizi sanitari nelle zone dei paesi in cui è presente; in collaborazione con altre organizzazioni locali ed internazionali migliora/aumenta le condizioni di lavoro locale e favorisce l'istruzione (e questo lo sta facendo in Etiopia ed in Kenya).

In Italia lavora con cooperative che ospitano richiedenti asilo e rifugiati per formare gli operatori su competenza culturale e prevenzione delle discriminazioni, e per informare gli ospiti sul funzionamento del SSN e fa informazione su alcune malattie su richiesta degli ospiti. Organizza corsi di formazione per personale sanitario soprattutto sulla competenza culturale ma anche su alcune malattie presenti in Africa e non in Italia, organizza corsi di formazione sanitaria per mediatori culturali. Promuove la salute comunitaria costruendo reti di servizi in alcuni quartieri di Torino, con lo scopo di avviare percorsi di prevenzione di malattie trasmissibili (vaccinazioni) e non trasmissibili (dieta corretta, astensione dal fumo, sport e moto...).

Fornisce informazioni a persone disagiate che non utilizzano il SSN, cercando di avvicinarle ai servizi disponibili sul territorio torinese.

Nell'ambito della salute comunitaria il CCM da anni fornisce percorsi di promozione della salute e di contrasto alle discriminazioni in scuole del territorio di ogni ordine e grado, lavorando sui tre livelli educativi (studenti, insegnanti e genitori).

Bibliografia

a cura di Elisa Marceddu

- Ambrosini M., 2005. Sociologia delle migrazioni. Il Mulino, Bologna.
- Autori Vari, 2016. Rapporto sulla protezione internazionale in Italia 2016. Digitalia Lab, Roma.
- Autori Vari, 2017. Rapporto sulla protezione internazionale in Italia 2017. Digitalia Lab, Roma.
- Autori Vari, 2017. <http://www.educationglobalhealth.eu/it/salute-globale/9-global-health/247-risg-definizione-di-salute-globale> Consultato il 04/08/2017.
- AVMA - American Veterinary Medical Association, 2008. One Health : A New Professional Imperative. https://www.avma.org/KB/Resources/Reports/Documents/onehealth_final.pdf Consultato il 18/08/2017.
- Banks J., Marmot M., Oldfield Z., Smith J.P., 2006. Disease and Disadvantage in the United States and in England. *Journal of the American Medical Association*, 295, pp. 2037-2045.
- Bertini M., 2012. Psicologia della salute. Cortina Editore, Milano.
- Bertrand L., Thérien F., Cloutier M.S., 2008. Measuring and Mapping Disparities in Access to Fresh Fruits and Vegetables in Montréal. *Revue Canadienne de Santé Publique*, 99, pp. 6-11.
- Bollini P., Siem H., 1995. No real progress towards equity: health of migrants and ethnic minorities on the eve of the year 2000. *Social science & medicine*, 41, pp. 819-828.
- Bottaccioli F., Bottaccioli A.G., 2017. Psiconeuroendocrinoimmunologia e scienza della cura integrata. Il manuale. Edizioni Edra, milano.
- Braibanti P., 2015. Ripensare la salute. Per un riposizionamento critico nella psicologia della salute. Franco Angeli, Milano.
- Caritas e Migrantes, 2016. XX-VIRapporto Immigrazione 2016: Nuove generazioni a confronto. http://s2ew.caritasitaliana.it/materiali/Rapporto_immigrazione/2017/Sintesi_RICM2016.pdf Consultato il 04/09/2017.
- CDC - Centers for Disease Control and Prevention, 2016. Climate Effects on Health. <https://www.cdc.gov/climateandhealth/effects/default.htm> Consultato il 20/09/2017.
- Cecchi G., Mancini L., 2006. Istituto Superiore di Sanità. Salute degli ecosistemi come priorità della gestione ambientale. Rapporti ISTISAN 06/10.
- Colasanti R., Geraci S., 1990. Medicina e migrazione: nuovi modelli per una politica sanitaria multiculturale. *Affari Sociali Internazionali*, 3, pp. 83-89.
- Conti S. (2003). Indagine epidemiologica sulla mortalità estiva - metodi e risultati finali. <http://www.epicentro.iss.it/problemi/mortalita/morti-estate.asp> Consultato il 18/09/2013.
- Costa G., Bassi M., Censini G.F., Marra M., Nicelli A.L., Zengari ni N. (a cura di), 2014. L'equità in salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità. Fondazione Smith Kline, Franco Angeli, Milano.
- Dahlgren G., Whitehead M., 1991. Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe. Institute of Futures Studies, Stockholm. <https://pdfs.semanticscholar.org/2537/7200786dcbdb7889cf4123bfeab5377c13d1.pdf> Consultato il 16/08/2017.
- De Groot R.S., 1992. Functions of Nature: evaluation of nature in environmental planning, management and decision-making, Wolters-Noordhoff BV.
- Di Girolamo C., Martino A., 2015. Le disuguaglianze in salute: spunti per una riflessione teorica. In Merhy E., Stefanini A., Martino A. (a cura di). *Problematizzando epistemologie in salute collettiva*. Editora Rede Unida. <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-saude-coletiva-e-cooperacao-internacional/problematizzando-epistemologie-in-salute-coletiva-saperi-dalla-cooperazione-brasile-e-italia-pdf> Consultato il 18/08/2017.
- Dichiarazione di Alma Ata, 1978. Conferenza Internazionale sull'Assistenza Sanitaria Primaria, Alma Ata, USSR, 6-12 settembre 1978.
- ECDC - European Centre for Disease Prevention and Control, 2017. Antimicrobial resistance surveillance in Europe 2015. <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/antimicrobial-resistance-europe-2015.pdf> Consultato il 11/09/2017
- EFSA/EMA/ECDC, 2017. ECDC/EFSA/EMA second joint report on the integrated analysis of the consumption of antimicrobial agents and occurrence of antimicrobial resistance in bacteria from humans and food-producing animals. <http://>

- www.efsa.europa.eu/it/efsajournal/pub/4872 Consultato il 11/09/2017
- EpiCentro, 2017a. Febbre West Nile. <http://www.epicentro.iss.it/problemi/westNile/westNile.asp> Consultato il 22/09/2017.
 - EpiCentro, 2017b. Borreliosi di Lyme. <http://www.epicentro.iss.it/problemi/zecche/borreliosi.asp> Consultato il 22/09/2017.
 - Forzieri G., Cescatti A., Batista e Silva F., Feyen L., 2017. Increasing risk over time of weather-related hazards to the European population: a data-driven prognostic study. *The Lancet Planetary Health*, 1, pp. 200-208.
 - Fouillet A., Rey R., Laurent F., Pavillon G., Bellec S., Ghihenneuc-Jouyaux C., Clavel J., Jouglé E., Hémon D., 2006. Excess mortality related to the August 2003 heat wave in France. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 80, pp. 16-24.
 - GBD - Global Burden of Disease Study, 2016. Mortality and Causes of Death Collaborators, 2016. *The Global Burden of Disease Study 2015. The Lancet*, 388, 10053.
 - Geraci S., 2005. La medicina delle migrazioni in Italia: un percorso di conoscenza e di diritti. *Migration Studies*, 157, pp. 53-74.
 - Geraci S., 2006. La sindrome di Salgari 20 anni dopo. *Medicina: cultura, culture*, 21, pp. 21-29.
 - HEED - Health Ecological and Economic Dimensions, 1998. *Global Change Program, marine ecosystems: emerging diseases as indicators of change*. Adamstown Books, Lancaster.
 - Holling C.S., Schindler D.W., Walker B.W., Roughgarden J., 1995. Biodiversity in the functioning of ecosystems: an ecological synthesis. In Måler K.G., Folke C., Holling C.S., Jansson B.O. (a cura di). *Biodiversity Loss. Economic and Ecological Issues*. Cambridge University Press, Cambridge.
 - Huges T.P. et al., 2017. Global warming and recurrent mass bleaching of corals. *Nature*, 543, pp. 373-377.
 - IDOS, 2016. *Dossier Statistico Immigrazione*. Edizioni IDOS, Roma.
 - IFTF - Institute for the future, Health and Healthcare, 2010. *The forecast, The challenge*. Jossey-Bass, Princeton. <http://www.iftf.org/our-work/health-self/health-horizons/health-and-health-care-2010-the-forecast-the-challenge/> Consultato il 16/08/2017.
 - IOM - International Organization for Migration, 2017. *Key Migration Terms*. <https://www.iom.int/key-migration-terms> Consultato il 01/09/2017.
 - IPCC - Intergovernmental Panel on Climate Change, 2007. *Climate Change 2007*. <http://www.ipcc.ch> Consultato il 11/09/2017
 - IPCC - Intergovernmental Panel on Climate Change, 2012. *Managing the risks of extreme events and disasters to advance climate change adaptation*. https://www.ipcc.ch/pdf/special-reports/srex/SREX_Full_Report.pdf Consultato il 18/09/2017.
 - IPCC - Intergovernmental Panel on Climate Change, 2014. *Human Health: Impacts, Adaptation, and Co-Benefits*. https://www.ipcc.ch/pdf/assessment-report/ar5/wg2/WGIAR5-Chap11_FINAL.pdf Consultato il 18/09/2017.
 - ISTAT, 2017. *Popolazione e famiglie*. <http://dati.istat.it/> Consultato il 04/09/2017.
 - Krieger N., 1994. Epidemiology and the web of causation: has anyone seen the spider? *Social science and medicine*, 39, 7, pp. 887-903.
 - Krieger N., 2011. *Epidemiology and the People's Health: Theory and Context*, Oxford University Press, 40, 4, pp. 400.
 - La Repubblica, 2016. http://www.repubblica.it/venerdi/reportage/2016/06/06/news/sul_tram_che_ti_dice_quanto_vivrai-141429480/ Consultato il 16/08/2017.
 - Legambiente, 2017. *Le città alla sfida del clima*. https://www.legambiente.it/sites/default/files/images/rapporto_cittaclima_2017.pdf Consultato il 18/09/2017
 - Lerner H., Berg C., 2015. The concept of health in One Health and some practical implications for research and education: what is One Health?. *Infection Ecology & Epidemiology*, 5, pp. 1-7.
 - Maciocco G., 2006. *A caro prezzo: Le diseguaglianze nella salute. 2° Rapporto dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale*. Edizioni ETS, Pisa.
 - Marra M., Migliardi A., Costa G., 2015. *Disuguali a tavola ma non troppo: le differenze sociali nell'alimentazione in Italia, prima e durante la crisi*. *Epidemiologia e Prevenzione*, 39, 4, pp. 322-331.
 - Mazzetti M., 1996. *Strappare le radici. Psicologia e psicopatologia di donne e di uomini che migrano*. L'Harmattan Italia, Torino.
 - McMichael A.J., Friel S., Corvalan C., 2008. *Global environmental change and health: impacts, inequalities, and the health sector (Analy-*

- sis). *British Medical Journal*, 336, pp. 191-94.
- Ministero della salute, 2014. Malattie trasmesse da vettori: Informativa dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2142_allegato.pdf Consultato il 18/09/2017.
 - Ministero della Salute, 2017. Piano Nazionale di Contrasto All'antimicrobico-Resistenza – PNCAR. http://www.sanita24.ilsole24ore.com/pdf2010/Editrice/ILSOLE-24ORE/QUOTIDIANO_SANITA/Online/_Oggetti_Correlati/Documenti/2017/09/08/antibioticoresistenza.pdf?uuid=AEnRO9OC Consultato il 20/09/2017.
 - O'Neill J., 2014. Antimicrobial Resistance: Tackling a crisis for the health and wealth of nations. The Review on Antimicrobial Resistance. https://amr-review.org/sites/default/files/AMR%20Review%20Paper%20-%20Tackling%20a%20crisis%20for%20the%20health%20and%20wealth%20of%20nations_1.pdf Consultato il 20/09/2017.
 - OCSE, 2015. OECD Reviews of Health Care Quality: Italy 2014. http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oced/social-issues-migration-health/oced-reviews-of-health-care-quality-italy-2014_9789264225428-en#.WZ1EOS5qH20 Consultato il 23/08/2017
 - OCSE, 2016a. OECD Better Life Index. Dati Italia. <http://www.oecdbetterlifeindex.org/it/countries/italy-it/> Consultato il 23/08/2017.
 - OCSE, 2016b. OECD Better Life Index. Dati Umbria. <https://www.oecdregionalwellbeing.org/ITI2.html> Consultato il 25/08/2017.
 - OCSE/European Union/JRC, 2008. Handbook on Constructing Composite Indicators: Methodology and User Guide. OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264043466-en> Consultato il 28/08/2017.
 - One Health Sweden - One Health Initiative, 2014. About the One Health Initiative. <http://www.onehealthinitiative.com/about.php> Consultato il 18/08/2017.
 - ONU, 1951. Convenzione di Ginevra. Convenzione sullo statuto dei rifugiati. https://www.unhcr.it/wp-content/uploads/2016/01/Convenzione_Ginevra_1951.pdf Consultato il 07/09/2017.
 - Osservatorio Epidemiologico sulle Diseguaglianze/Agenzia Regionale Sanitaria Marche, 2009. La Salute della Popolazione Immigrata: metodologia di analisi. http://www.ccm-network.it/documenti_Ccm/prg_area5/Prg_5_Immigrati_metodologia.pdf.pdf Consultato il 07/09/2017.
 - Pantosti A., 2012. Resistenze agli antibiotici - Informazioni generali. http://www.epicentro.iss.it/focus/resistenza_antibiotici/resistenza.asp Consultato il 20/09/2017.
 - Parkin D.M., 1992. Studies of cancer in migrant populations: methods and interpretation. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 40, pp. 410-424.
 - Rizzo C., 2017. Chikungunya. <http://www.epicentro.iss.it/problemi/Chikungunya/chikungunya.asp> Consultato il 22/09/2017.
 - SNOP - Società nazionale degli operatori della prevenzione, 2011. Globalizzazione e salute. <https://www.snop.it/attachments/article/175/Globalizzazione%20e%20salute.pdf> Consultato il 27/08/2017.
 - Stefani A., Albonico M., Maciocco G., 2006. Le diseguaglianze nella salute: definizioni, principi, concetti. In Osservatorio italiano sulla salute globale (a cura di), A caro prezzo. Le diseguaglianze nella salute. Edizioni ETS, Pisa.
 - Stella G.A., 2010. L'orda: Quando gli albanesi eravamo noi. BUR, Milano.
 - Sunyer J., Grimalt J., 2006. Global climate change, widening health inequalities, and epidemiology. *International Journal Epidemiology*, 35, pp. 213-16.
 - The UCL Lancet Commission, 2009. Health and climate change. The Lancet Series 2009. <http://www.thelancet.com/series/health-and-climate-change> Consultato il 11/09/2017
 - Thompson A. R. C., 2013. Parasite zoonoses and wildlife: One health, spillover and human activity. *International Journal for Parasitology*, 43, pp. 1079-1088.
 - Tognoni G., Baccile G., Valerio M., Fraudatario S., Campedelli M., 2010. Il diritto alla prova della migrazione. Il contributo di un'epidemiologia della cittadinanza. *Italian Journal of Social Policy*, 2, pp. 121-133.
 - UN – United Nation, 2012. National Adaptation Plans: Technical guidelines for the national adaptation plan process. https://unfccc.int/files/adaptation/cancun_adaptation_framework/application/pdf/naptechguidelines_eng_high_res.pdf Consultato il 18/09/2017.
 - UNCED - United Nations Confe-

- rence on Environment and Development, 1992. UNFCCC - United Nations Framework Convention on Climate Change.
- UNEP - United Nation Environmental Program, 2016. Global Biodiversity. <https://wedocs.unep.org/bitstream/handle/20.500.11822/9261/gbo4-en.pdf?sequence=8&isAllowed=y> Consultato il 07/09/2017.
 - Whitehead M., 1991. The concepts and principles of equity and health. *Health Promotion International*, 6, 3, pp. 217–228.
 - WHO, 1948. Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Salute. http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf Consultato il 08/09/2017.
 - WHO, 1986. Carta di Ottawa per la promozione della salute.
 - WHO, 1998. Health Promotion Glossary. <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf> Consultato il 18/08/2017.
 - WHO, 2002. The world health report 2002 - Reducing Risks, Promoting Healthy Life. http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf?ua=1 Consultato il 11/09/2017.
 - WHO, 2003. International Migration, Health & Human Rights. http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Migration/WHO_IOM_UNOHCHRPublication.pdf Consultato il 08/09/2017.
 - WHO, 2008a. Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health. http://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008.pdf Consultato il 04/08/2017.
 - WHO, 2008b. WHO agreed on a research agenda on climate change and public health. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2008/pr36/en/> Consultato il 11/08/2017.
 - WHO, 2015. Operational framework for building climate resilient health systems. http://apps.who.int/iris/bitstream/189951/1/9789241565073_eng.pdf Consultato il 18/09/2017.
 - WHO, 2016. World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/en/ Consultato il 04/08/2017.
 - WHO, 2017a. Environmental impacts on health. What is the big picture? <https://www.aub.edu.lb/fhs/Documents/Info-Environmental%20impacts%20on%20Health.pdf> Consultato il 18/09/2017.
 - WHO, 2017b. Ambient air pollution: A global assessment of exposure and burden of disease. <http://www.who.int/phe/publications/air-pollution-global-assessment/en/> Consultato il 18/09/2017.
 - WHO, 2017c. Global priority list of antibiotic-resistant bacteria to guide research, discovery, and development of new antibiotics. http://www.who.int/medicines/publications/WHO-PPL-Short-Summary_25Feb-ET_NM_WHO.pdf Consultato il 11/09/2017.
 - WHO, FAO, CDC, 2004. The Manhattan Principles. As defined during the meeting titled Building Interdisciplinary Bridges to Health in a “Globalized World” held in 2004. https://www.cdc.gov/onehealth/pdfs/manhattan/twelve_manhattan_principles.pdf Consultato il 21/08/2017.
 - Wilkinson R.G., Pickett K., 2012. La misura dell’anima. Fetrinelli, Milano.
 - World Bank, 2017. Data. <http://www.worldbank.org/en/topic/climatechange> Consultato il 18/09/2017.
 - Worldmappers, 2017. <http://www.worldmapper.org/index.html> Consultato il 16/08/2017.
 - Zanfrini L., 2007. Sociologia delle migrazioni. Editori Laterza, Bari.
 - Zinsstag J., Schelling E., Walter-Toews D., Tanner M., 2011. From “one medicine” to “one health” and systemic approaches to health and well-being. *Preventive Veterinary Medicine*, 101, 3-4, pp. 148–156.
 - Zucconi A., Howell P., 2003. La Promozione della Salute. Un approccio globale per il benessere della persona e della società. Edizione La Meridiana, Bari.

Appendice

Programma del corso “Salute globale tra disuguaglianze e nuove frontiere”

18 maggio 2017

GIORNATA I: “Cos’è la Salute oggi?”

La salute e i suoi determinanti in un mondo globale

09:00 La salute, i determinanti sociali e le disuguaglianze:
cosa sta alla base dei processi di salute e malattia?

Dott.ssa Marianna Parisotto

Dott. Riccardo Casadei

14:00 Focus Salute e Mercato

Prof.ssa Margherita Giannoni

16:00 Il nuovo volto delle epidemie di origine alimentare riflette
la globalizzazione del mercato alimentare: alcuni esempi paradigmatici

Dott.ssa Gaia Scavia

17:00 Chiusura dei lavori

25 maggio 2017

GIORNATA II: “La migrazione e le sue implicazioni”

Migrazioni: storia, normativa, epidemiologia e cooperazione

09:00 Storia delle migrazioni

Legislazione vigente

Cenni epidemiologici sulla Salute degli immigrati

Dott. Alessandro Rinaldi

14:00 Migrazione e no profit: interventi nei Paesi d’origine e nei luoghi d’arrivo.

L’esperienza del Comitato Collaborazione Medica di Torino

Dott. Mattia Viano

17:00 Chiusura dei lavori

8 giugno 2017

GIORNATA III: “Le malattie emergenti”

La One Health come approccio interdisciplinare alla salute

09:00 Cambiamenti climatici e salute

Dott.ssa Laura Mancini

Dott.ssa Samantha Pegoraro

14:00 Malattie da vettori e zoonosi: la medicina umana incontra la medicina veterinaria

Dott.ssa Gioia Capelli

17:00 Chiusura dei lavori

Conclusione al Numero Speciale

*“The new agenda is a promise by leaders to all people everywhere.
It is an agenda for people, to end poverty in all its forms – an agenda for the planet, our common home”
(Ban Ki-moon, Segretario Generale delle Nazioni Unite)*

Vorrei concludere brevemente questo documento prodotto dal CERSAL richiamando gli indirizzi politici e strategici degli Organismi Internazionali che hanno dato inizio e giustificano questo “nuovo” approccio alla promozione della salute globale sostenibile. Un approccio che, in passato, ci veniva chiesto in modo quasi sommerso, oggi molto più esplicitamente. Le Nazioni Unite, che hanno il mandato di assicurare il coordinamento internazionale dell’azione per la salute, riconfermano il ruolo ricoperto dal settore sanitario per il miglioramento della salute delle popolazioni, ma evidenziano il ruolo che i determinanti hanno sulle popolazioni, anche in base al livello di sviluppo dei singoli Paesi. Riconoscono che nei Paesi in via di sviluppo la tutela della salute resta una priorità tra i vari sistemi da presidiare e che in molti altri è relativo il peso degli attori di matrice sanitaria, con il forte prevalere dei determinanti socio-economici.

Il 25 settembre 2015, le Nazioni Unite hanno approvato l’Agenda Globale per lo sviluppo sostenibile e i relativi 17 Obiettivi di sviluppo sostenibile (Sustainable Development Goals – SDGs), articolati in 169 obiettivi da raggiungere entro il 2030.

È un cambiamento di indirizzo politico epocale e questo per diversi motivi:

- è stato espresso un chiaro giudizio sull’insostenibilità dell’attuale modello di sviluppo, non solo sul piano ambientale, ma anche su quello economico e sociale. Si afferma, in altre

parole, una visione integrata delle diverse dimensioni dello sviluppo;

- tutti i Paesi sono chiamati a contribuire allo sforzo di portare il mondo su un percorso sostenibile, senza più distinzione tra Paesi sviluppati, emergenti e in via di sviluppo, anche se evidentemente le problematiche possono essere diverse a seconda del livello di sviluppo conseguito. Ogni Paese deve impegnarsi a definire una propria strategia di sviluppo sostenibile che consenta di raggiungere gli obiettivi, rendicontando sui risultati conseguiti all’interno di un processo coordinato dall’Onu. Quindi non più un modello di sviluppo unico, ma personalizzato secondo risorse e disponibilità;
- l’attuazione dell’Agenda ribadisce la necessità di un forte coinvolgimento di tutte le componenti della società: dalle imprese al settore pubblico, dalla società civile alle istituzioni filantropiche, dalle università e centri di ricerca agli operatori dell’informazione e della cultura.

Tra le grandi aree geo-politiche del mondo l’Unione Europea, che pure si trova in una condizione avanzata in termini di benessere e qualità dell’ambiente, sembra non aver ancora realizzato quel cambio di passo necessario per porre la salute e gli SDGs al centro dei propri processi analitici e politici.

Per quanto riguarda l’Italia, l’ultimo rapporto ASviS (Alleanza Italiana per lo Sviluppo Sostenibile), pubblicato nel 2017, conferma che, nonostante i progressi compiuti in alcuni ambiti nel

corso degli ultimi anni, il nostro Paese continua a non trovarsi in una condizione di sviluppo sostenibile come definito dall’Agenda 2030. E non sarà in grado di centrare né gli obiettivi intermedi del 2020, né quelli fissati al 2030, a meno di un cambiamento radicale del modello di sviluppo.

In assenza di tale cambiamento, nonostante il ritorno della crescita economica misurata in termini di Prodotto interno lordo, povertà, disuguaglianze e degrado ambientale, tanto per citare alcuni fenomeni di maggiore rilievo, non verranno ridotti drasticamente.

Il nuovo orizzonte delineato richiede, in primo luogo, la diffusione e l’appropriazione di una nuova cultura e di nuovi modelli operativi centrati sui concetti chiave di salute globale e sostenibilità, cultura che ad oggi tarda ad affermarsi e di cui la pagine di questa rivista costituiscono una valida occasione di riflessione.

Questo cambio di passo richiede dunque competenze “globali” attualmente non possedute da nessuna delle figure professionali impegnate per la salute della popolazione. Per decenni la formazione è andata nella direzione opposta, cioè verso una iper-specializzazione delle singole professionalità. Questo ha portato ad una visione miope della realtà, focalizzata sulle conseguenze a breve termine e sullo specifico ambito nel quale il singolo professionista opera. Ben lontani da una prospettiva sistemica che analizzi esiti e ricadute e, dun-

que, sostenibilità a livello globale. Sarà quindi necessario ripensare all'identità delle singole professioni che operano per la salute e ai loro percorsi formativi, orientarli maggiormente verso il lavoro in team multi-disciplinari, e su obiettivi a lungo termine, tenendo sempre presente il quadro complessivo. Un quadro che ogni giorno si arricchisce di nuovi particolari grazie ai nuovi strumenti ed

indicatori messi a disposizione dalla ricerca.

Giuseppe Masanotti
Coordinatore del Centro Sperimentale
per la Promozione della Salute e
l'Educazione Sanitaria
dell'Università degli Studi di Perugia

Volume 61, Numero 4

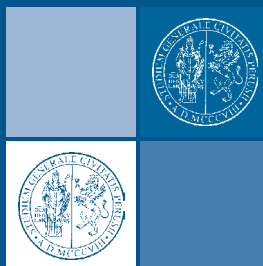
ottobre-dicembre 2017

SISTEMA SALUTE

**La Rivista italiana di educazione sanitaria
e promozione della salute**

rivista del Centro Sperimentale per la Promozione della Salute
e l'Educazione Sanitaria dell'Università degli Studi di Perugia

ISSN 2280-0166 - Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in A.P. - D.L. 353/2003
(conv. in L. 27/02/2004 n. 40) art. 1, comma 1, C/1/RG/110



CULTURA E SALUTE EDITORE PERUGIA

Abbonamento (4 fascicoli)

Italia

Enti, Istituti, Biblioteche: cartaceo € 80 / on-line € 50 / cartaceo+on-line € 120

Privati: cartaceo € 50 / on-line € 30 / cartaceo+on-line € 70

Un fascicolo: cartaceo € 16 / on-line € 8

Estero

cartaceo € 120 / on-line € 60 / cartaceo+on-line € 140

Un fascicolo: cartaceo € 40 / on-line € 20

PAGAMENTO TRAMITE BONIFICO BANCARIO

IBAN: IT 40 M 02008 03030 000104591258

Conto corrente bancario UniCredit Agenzia di Perugia – Via XX Settembre

intestato a CULTURA E SALUTE EDITORE PERUGIA

codice SWIFT UNCRITM1770

UFFICIO ABBONAMENTI

rivistecespes@gmail.com

tel.: 075.585.7357

la salute umana

LA SALUTE UMANA pubblicata a cura del
CENTRO SPERIMENTALE PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE E L'EDUCAZIONE SANITARIA
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PERUGIA
tel. 075 585.7357 / <http://cespes.unipg.it>



EDIZIONE E DIFFUSIONE
Cultura e Salute Editore Perugia
Iscrizione al Registro degli Operatori di Comunicazione (ROC) n. 28166

ABBONAMENTO ANNUALE ITALIA 2018

Enti: cartaceo €40.00 / on-line €20.00 / cartaceo + on-line € 50.00 - **Privati:** cartaceo €30.00 / on-line €15.00 /
cartaceo + on-line € 40.00 - **Un fascicolo:** cartaceo €20.00 / on-line €10.00

ABBONAMENTO ANNUALE ESTERO 2018

Cartaceo €60.00 / on-line €20.00 / cartaceo + on-line € 70.00 - **Un fascicolo:** cartaceo €20.00 / on-line €10.00

TUTTE LE TARIFFE SONO IVA INCLUSA (IVA 4%)

PAGAMENTO TRAMITE BONIFICO BANCARIO

IBAN: IT 40 M 02008 03030 000104591258

Conto corrente bancario UniCredit Agenzia di Perugia – Via XX Settembre
intestato a CULTURA E SALUTE EDITORE PERUGIA - codice SWIFT UNCRITM1770