

Le diseguaglianze in salute: I. determinanti e meccanismi

Giorgio Tamburlini

CSB – onlus e

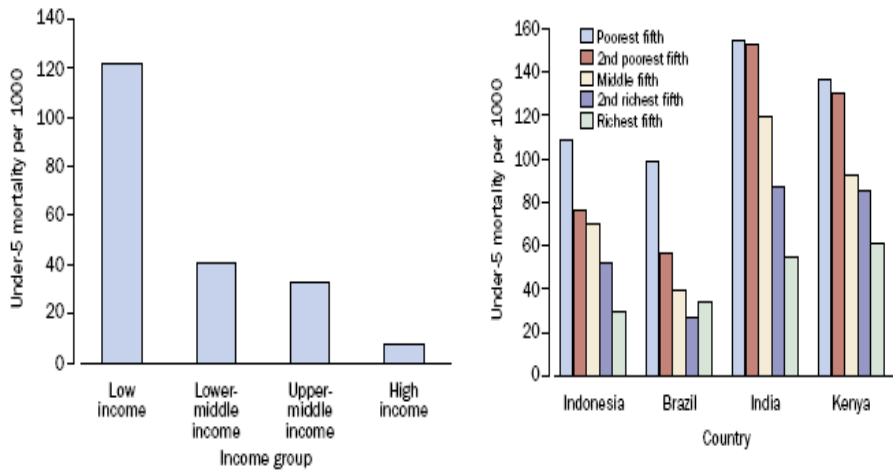
European School for Maternal Newborn Child
and Adolescent Health,

Trieste, Italia

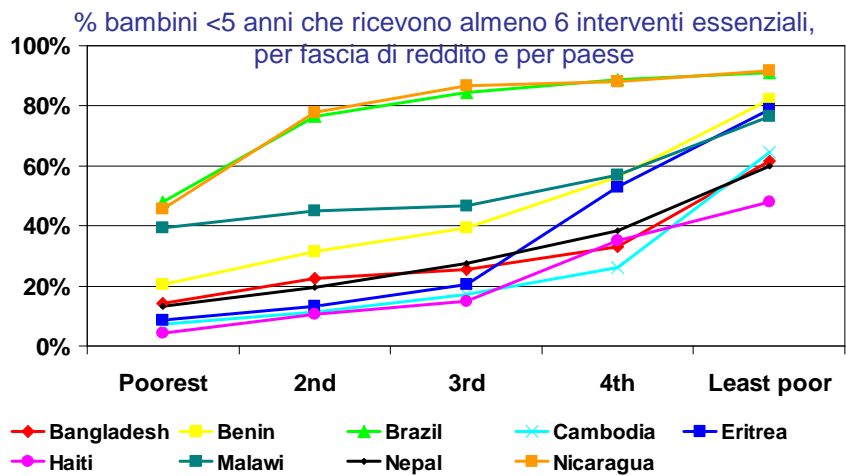
la “lente” delle diseguaglianze per comprendere i determinanti di salute

- Diseguaglianze negli esiti di salute
- Diseguaglianze nell'accesso
- Diseguaglianze nella qualità delle prestazioni
- Diseguaglianze nella domanda di salute

Diseguaglianze tra e nei paesi: mortalità sotto i 5 anni (U5MR)



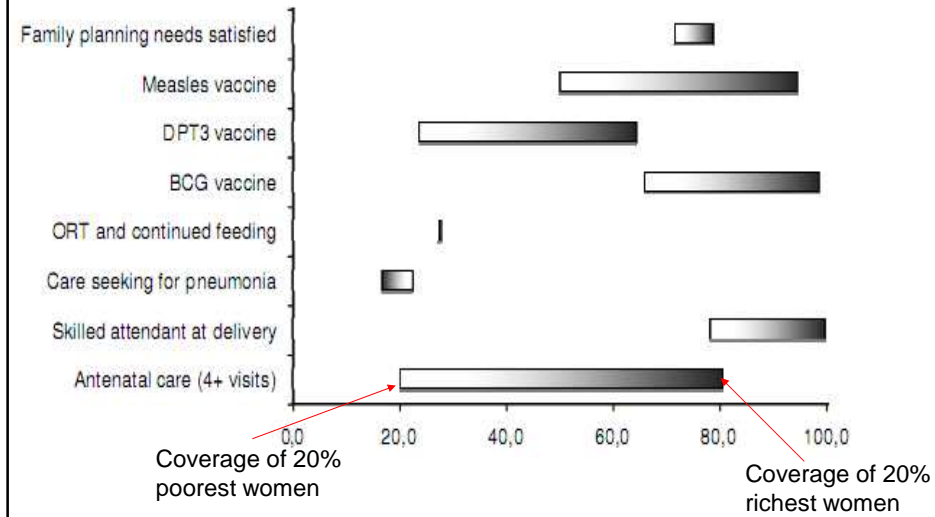
Disuguaglianze nell' implementazione di interventi essenziali



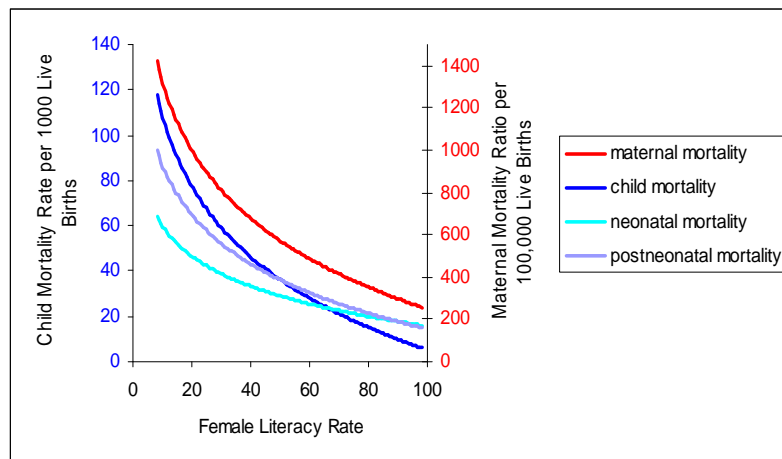
Underlying determinants: inequity in access

Coverage gap by wealth quintiles Azerbaijan

(Countdown to 2015 report, 2010)



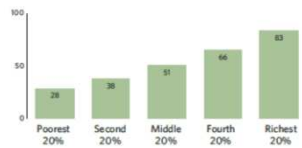
Effetto di fattori determinanti su tassi di mortalità: women's literacy



Gender Equality: MDG 3 and MDG 5

Analysis from 75 countries shows association between higher values of the Gender Empowerment Measure (index of political and economic empowerment of women) and lower maternal mortality and higher total fertility rates (Varkey et al 2010).

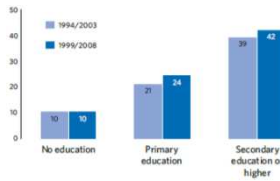
Among the poorest women, only one in four receive skilled care during childbirth



Proportion of deliveries attended by skilled health personnel by household wealth in 40 developing countries with surveys during 2004/2009 (Percentage)

Data from 40 developing countries show that disparities in the percentage of deliveries assisted by skilled health personnel are striking, with women from the wealthiest households being three times more likely than women from the poorest ones to have a skilled professional attending the births of their children. Among the poorest households, only 28 per cent of women are attended by skilled health personnel at delivery.

Use of contraception is higher among women with education



Contraceptive prevalence by education level in 22 sub-Saharan countries with surveys during 1994/2003 and 1999/2008 (Percentage of women using at least one contraceptive method among women aged 15-49, married or in union)

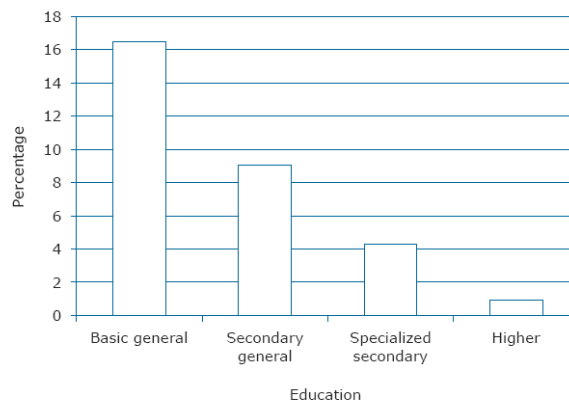
Educated women are more likely to decide on the timing and spacing of births. Use of contraceptives is highest among women with secondary or higher education. Only 10 per cent of women without education use contraceptives; this low percentage has remained unchanged since the mid 1990s. On the other hand, the proportion of women with primary or higher education who are using contraceptives has increased.

Disparities in income and education determine access to reproductive health services for women.

Source: Millennium Development Goals, Gender Equality and Women's Empowerment Progress Chart 2010, UN Statistics Division

Underlying determinants: barrier to access

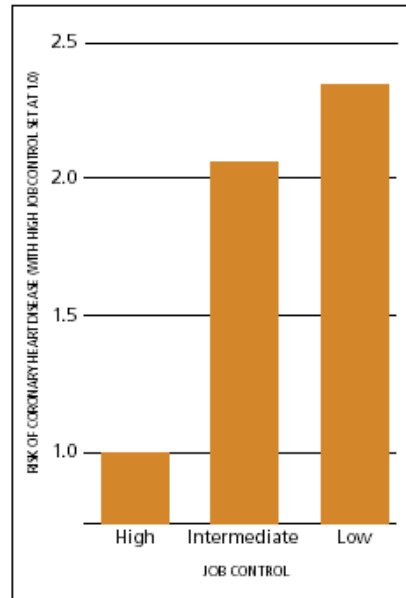
Percentage of women receiving no antenatal care by education in Armenia (2005)



Source: Trends in maternal mortality: 1990 to 2008. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank. Geneva, World Health Organization, 2010

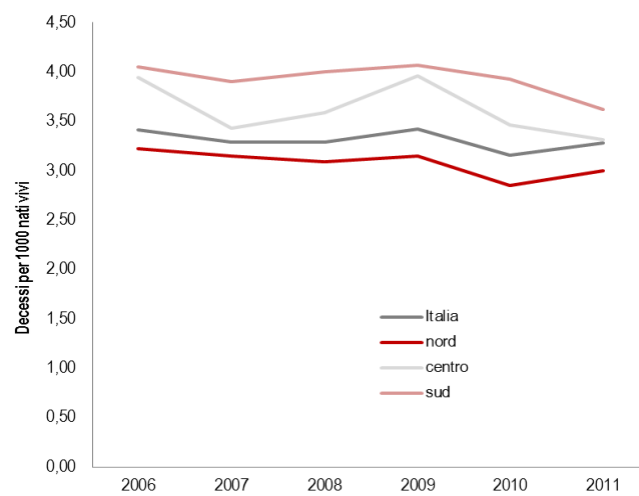
Fig. 4. Self-reported level of job control and incidence of coronary heart disease in men and women

Incidenza di malattia coronarica e livello di controllo sul proprio lavoro



Adjusted for age, sex, length of follow-up, effort/reward imbalance, employment grade, coronary risk factors and negative psychological disposition

Mortalità infantile in Italia per macroaree



Tasso MI, 2006-11, residenti e non, italiani e stranieri

PROSPETTO 3. MORTALITÀ INFANTILE PER PRESENTI E RESIDENTI IN ITALIA, RESIDENTI ITALIANI E CITTADINI STRANIERI RESIDENTI IN ITALIA DAL 2006 AL 2011. Numero assoluto e tasso per 1000 nati vivi

Anno	Numero assoluto di decessi				Tassi di mortalità infantile			
	Presenti in Italia	Residenti in Italia	Residenti italiani	Residenti stranieri	Presenti in Italia	Residenti in Italia	Residenti italiani	Residenti stranieri
2006	2031	1912	1624	288	3,7	3,4	3,2	5,0
2007	1959	1857	1556	301	3,5	3,3	3,1	4,7
2008	1997	1896	1569	327	3,5	3,3	3,1	4,5
2009	2046	1947	1542	405	3,6	3,4	3,1	5,3
2010	1863	1773	1448	325	3,3	3,2	3,0	4,2
2011	1774	1691	1354	337	3,3	3,1	2,9	4,3

Cause delle diseguaglianze

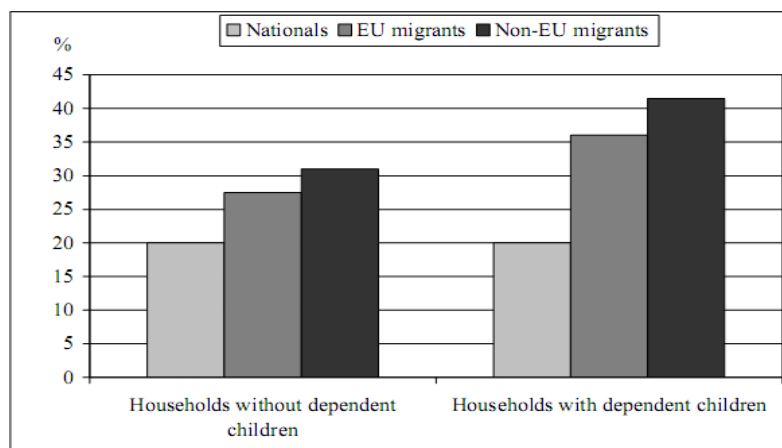
Nord- sud

Italiani-stranieri

Le dimensioni del “social divide” in Italia

- **Povert  economica:** bb. che vivono in famiglie con reddito inferiore al 60% della media nazionale (16.6%, range Nord Sud 5 – 25%)
- **Esclusione sociale:** minoranze come rom e sinti; figli di migranti in alcune comunit ; figli di coppie o single in condizioni di marginalit 
- **Povert  culturale** pi  difficile da definire e misurare (livello educativo, n. libri in casa, accesso rete), difficile da misurare, non meno rischiosa
- i nessi causali **non sono sempre nella stessa direzione** (da povert  economica a esclusione)

Il rischio di povert : famiglie con adulti, famiglie con bambini, famiglie migranti



(Source EUROSTAT, 2008)

Povert  economica e diseguaglianza in Italia

- Bambini poveri : 16.6% (enorme divario Nord-Sud), percentuale non altissima ma poco corretta da intervento pubblico, in sensibile aumento
- Diseguaglianza: in fondo alla classifica OECD assieme a USA e Grecia

Oltre la povert  materiale: esclusione e difficolt  identitarie

- 940.000 figli di migranti, di cui 527.000 nati in Italia, non cittadini, tra le contraddizioni della cultura di origine e quelle del paese ospitante
- Problemi emergenti di salute psicosociale, mentale, adattamento

Nesso tra povertà e salute. I meccanismi:

- maggiore **esposizione** a fattori di rischio quali abitazioni malsane, ambienti insicuri, inquinati e violenti,
- b) maggiore **vulnerabilità** per carenze biologiche e psicosociali
- c) minore **accesso** e minore **qualità** delle cure per ostacoli economici e culturali

Maggiori esposizioni ambientali

European Journal of Public Health, Vol. 20, No. 1, 14–20

© The Author 2009. Published by Oxford University Press on behalf of the European Public Health Association. All rights reserved.
doi:10.1093/eurpub/ckp213 Advance Access published on 29 December 2009

Environmental inequalities among children in Europe—evaluation of scientific evidence and policy implications

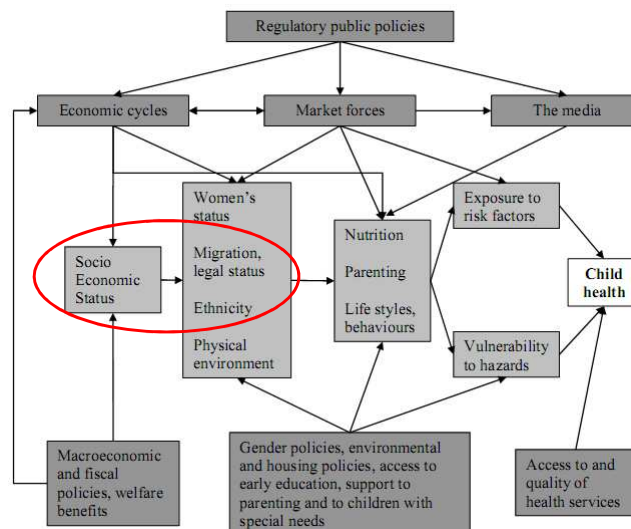
Gabriele Bolte¹, Giorgio Tamburlini², Martina Kohlhuber¹

Il quadro che emerge è i bambini più poveri soffrono di esposizioni cumulative e multiple a inquinamento da traffico, da sistemi di riscaldamento inadeguati, al rumore, al fumo passivo, alla scarsa attività fisica, ecc.

Fattori contribuenti/mediatori

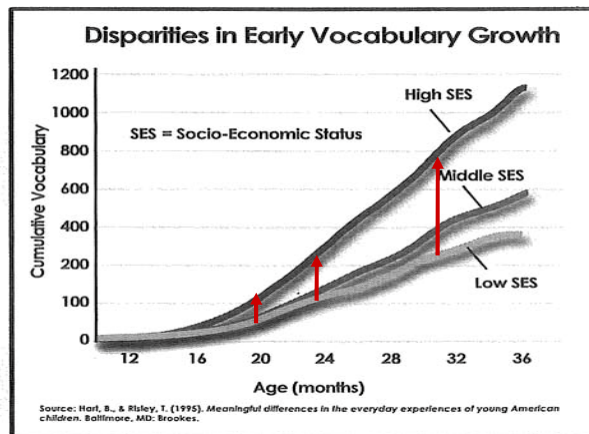
- Stato legale
- Migrante/ seconda generazione
- Condizione della donna
- Livelli educativi genitori
- Competenze parentali
- Offerta di servizi
- Coesione sociale

Determinanti di salute del bambino e ruolo delle politiche pubbliche

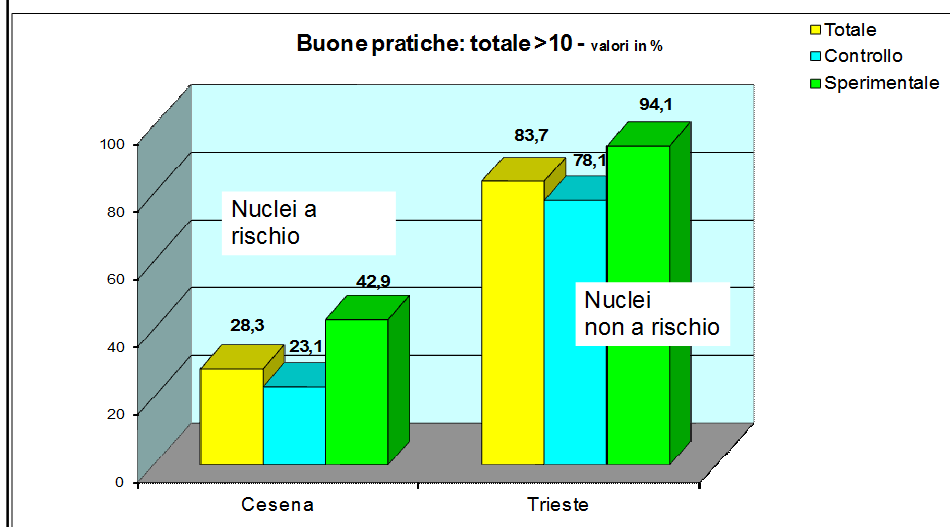


(Tamburlini et al. Social Science and Medicine, Special Issue on Child Health, submitted, Jan 2012)

le radici della povertà e delle disuguaglianze si stabiliscono precocemente e si ampliano nel tempo



Inizio precoce delle disuguaglianze.
Italia: frequenza di buone pratiche di salute a 6 mesi di vita in nuclei familiari a rischio e non

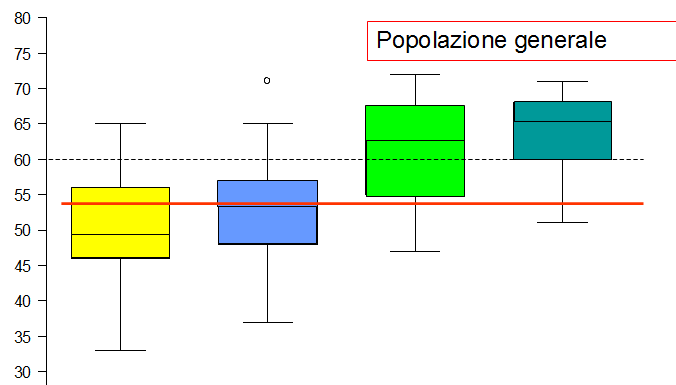


Espressività precoce dell' ambiente familiare (Home environment at 6 months and social risk, Italy 2005)

(Ric. Fin. Min. Salute - IRCCS Burlo Garofolo, 2005)

- Fate clic

60 = soglia di adeguatezza dell'ambiente familiare valutato con questionario HOME



Le disuguaglianze si stabiliscono nei primissimi anni di vita e, in assenza di interventi, si ampliano negli anni successivi



Figure 3: Vocabulary scores of Ecuadorian children aged 36 to 72 months by wealth quartiles
TVIP=Test de Vacabulario en Imagenes Peabody. Reproduced with permission from the authors.⁷⁰

Engle et al., Lancet 2007

Il ruolo centrale dei genitori nel circolo vizioso della povertà

- I genitori sono mediatori cruciali di cure e opportunità nei primi anni di vita
- Difficoltà economiche e/o psicosociali, carenza di supporti sociali e di strumenti culturali possono far perdere queste opportunità
- È necessario un grande lavoro di supporto alla funzione genitoriale, con una universalità di attenzione ed una modulazione degli interventi

Il circolo vizioso precoce della povertà ed il ruolo cruciale dei genitori

(Grantham McGregor et al. Lancet 2007)

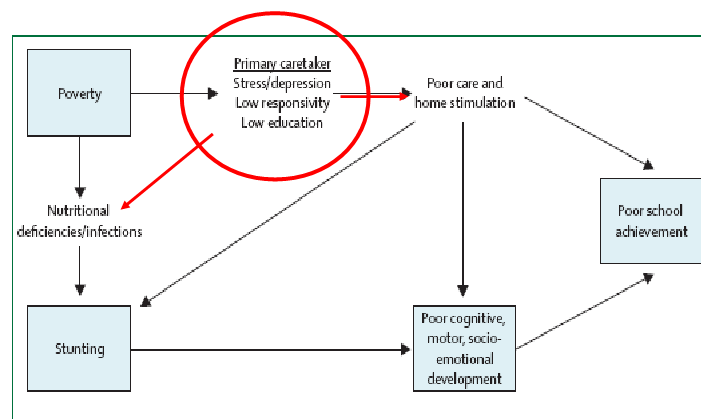


Figure 2: Hypothesised relations between poverty, stunting, child development, and school achievement

La povertà da bambini è associata con

- low birthweight
- parental stress and lack of parental time (Box 5)
- chronic stress for the child, possibly linked to long-term health problems and reduced memory capacity^{xxxvi}
- food insecurity and inadequate nutrition
- poorer health outcomes, including obesity, diabetes, chronic asthma, anaemia, and cardio-vascular disease
- more frequent visits to hospitals and emergency wards
- impaired cognitive development
- lower educational achievement
- lower rates of return on investments in education
- reduced linguistic ability
- lower skills and aspirations
- lower productivity and adult earnings
- unemployment and welfare dependence
- behavioural difficulties
- involvement with the police and courts
- teenage pregnancy
- alcohol and drug dependence.

(UNICEF, Children left behind, 2009)

Che succede in tempi di crisi

Determinanti ed effetti sullo stato di salute in tempi di crisi economica

Determinanti	Effetti
a) Diretti, economici	
Diminuito reddito familiare ➤ ridotte spese per alimentazione tra i gruppi più poveri	Peggioramento stato nutrizionale e peggioramento del microambiente ➤ riduzione difese immunitarie ➤ aumento malattie infettive
Diminuito reddito familiare ➤ ridotte spese per educazione (in particolare nei primi anni), casa, riscaldamento ecc. per i gruppi più poveri	Ridotto accesso/fruizione di servizi socio-educativi
b) Diretti, sociali e psicosociali	
Stress intrafamiliare ➤ meno tempo dedicato ai bambini, aumento violenza intrafamiliare, alcolismo	Difficoltà a svolgere adeguatamente il ruolo genitoriale, potenziale aumento del maltrattamento nelle sue varie forme e deterioramento degli apporti educativi
Stress comunitario ➤ ridotta coesione sociale, criminalità	Conseguenze dirette da maltrattamento e violenza personale e sociale
c) Indiretti, su servizi sanitari sociali e socioeducativi	
Riduzione spesa pubblica, riduzione qualità prestazioni, servizi, sussidi, aumento esborso diretto non sostenibile da gruppi più poveri	Riduzione qualità prestazioni preventive di diagnosi e cura Riduzione accesso asili nido e altri servizi Riduzione sussidi economici e supporti sociali e sanitari

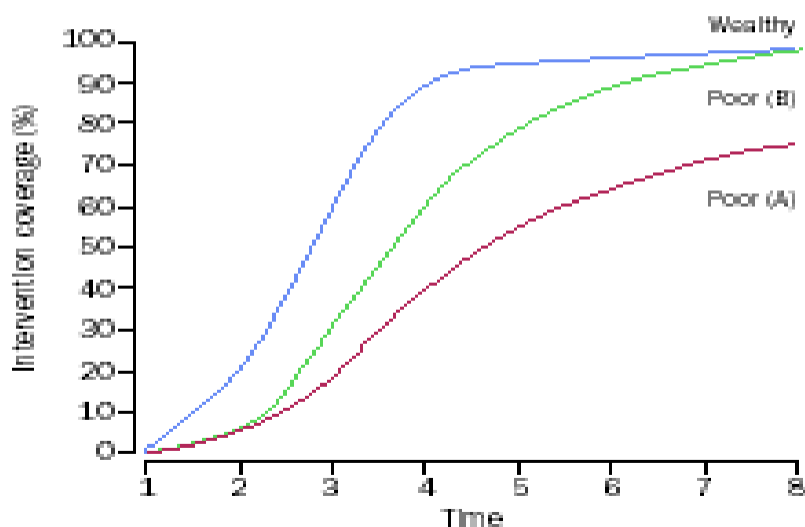
(Tamburini, Sole 24 Ore Sanità, 1-7 Nov 2011)

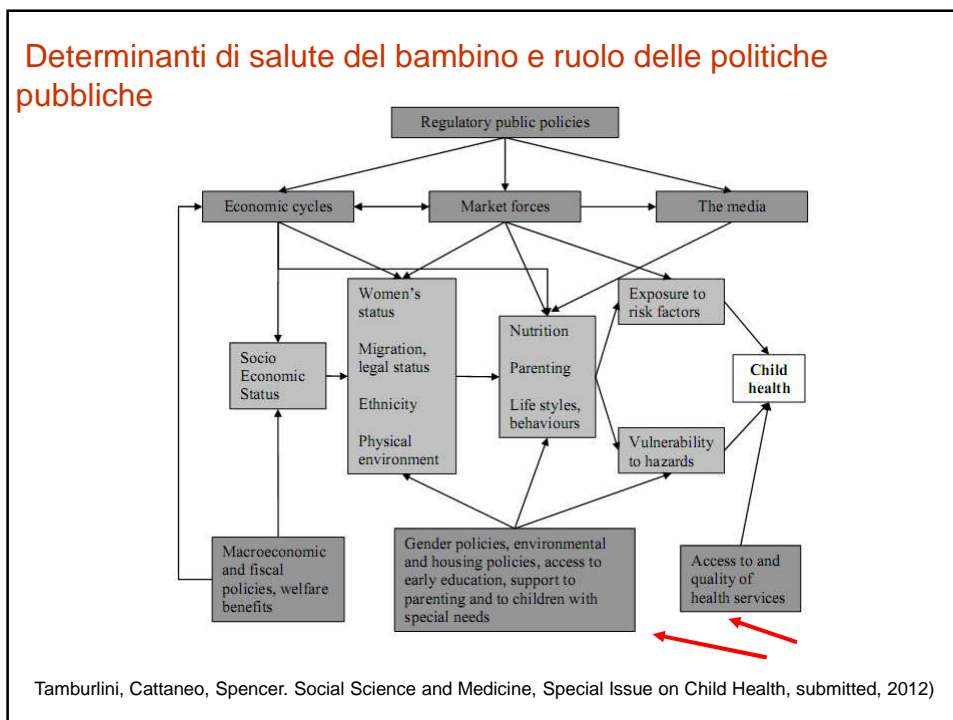
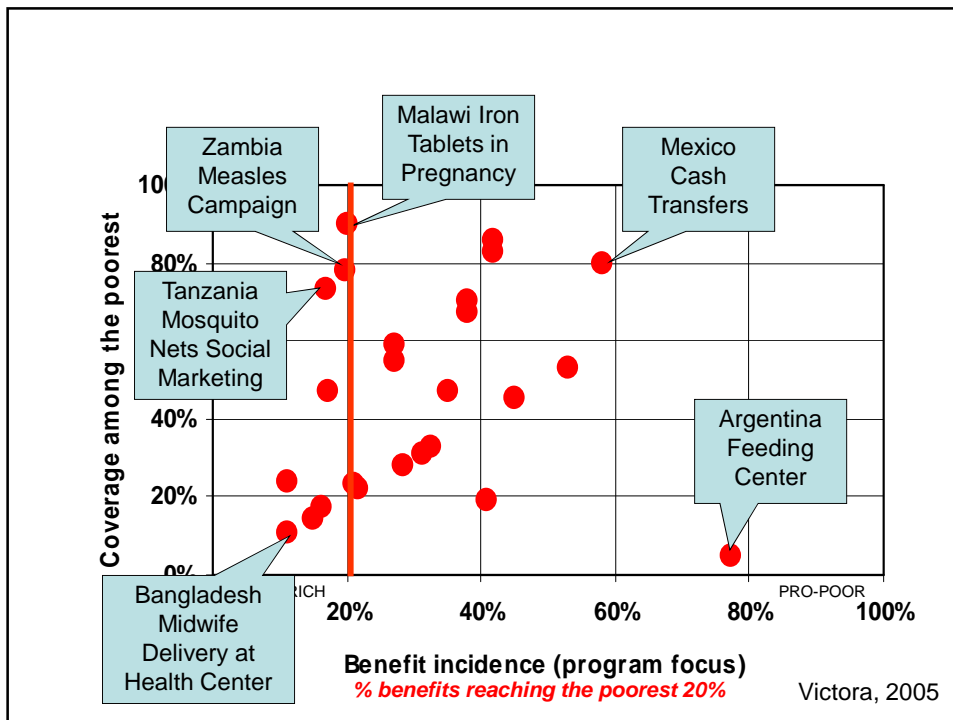
Legge delle cure inverse (the inverse care law)

- *“La disponibilità di cure adeguate tende a variare inversamente al bisogno di esse nelle popolazioni servite”*

(Tudor Hart J, 1970)

Curve di estensione alla popolazione (ricchi e poveri) di nuove tecnologie di salute in presenza e assenza di politiche *pro-poor* (Victora et al., 2003)





Le diseguaglianze in salute: II. politiche di contrasto

A) volte a diminuire il *social divide*

B) volte a ridurre le conseguenze

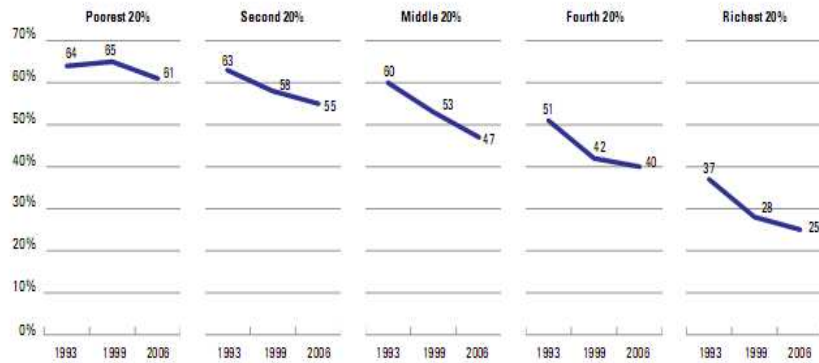
Politiche

- **Che agiscono sulla povertà a monte:** politiche del lavoro, politiche per le famiglie (responsabilità primaria del Governo, ma vi sono alcuni spazi di intervento regionale e locale: es. reddito di cittadinanza e family benefits)
- **Che agiscono sulla esclusione a monte:** revisione radicale dei criteri di cittadinanza per gli immigrati e i loro figli minori nati o migrati nel nostro paese (responsabilità primaria del Governo, ma vi sono spazi di intervento regionale e locale attraverso politiche per servizi socio-educativi, programmi alfabetizzazione ecc.)

La crescita economica non si traduce automaticamente in una riduzione della povertà

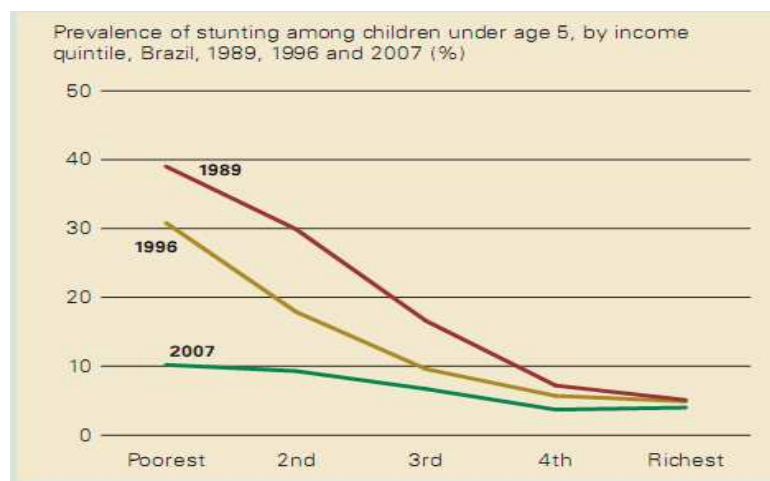
In India, a greater reduction in underweight prevalence occurred in the richest 20% of households than in the poorest 20%

Trend in the percentage of children 0–59 months old who are underweight in India, by household wealth quintile



Source: UNICEF, Progress with equity, 2010

a meno che non siano attuate politiche e interventi a questo fine



Source Monteiro et al. quoted by Countdown to 2015 Report, 2010

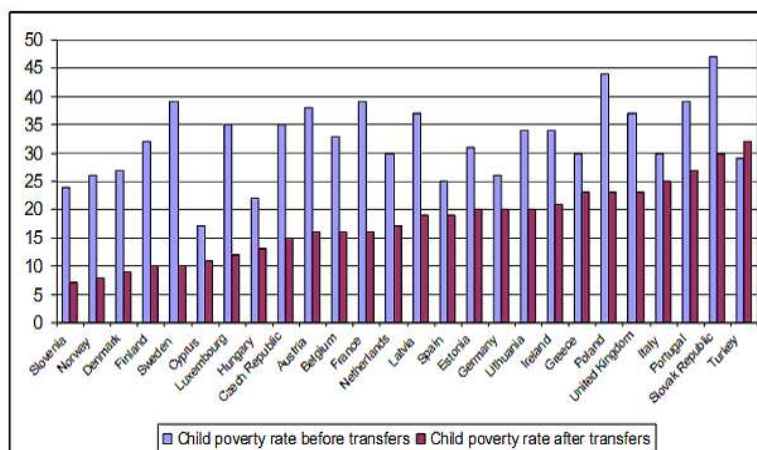
Politiche

- **Che agiscono sulla povertà a valle** riducendone le conseguenze: facilitazione di accesso a nidi e servizi per l'infanzia
- **Che intervengono sul problema di identità ed esclusione a valle**: formazione e modelli di intervento di operatori socio-educativi e sanitari per acquisire competenze ed attitudini appropriate
- **Che intervengono precocemente**, laddove si creano le finestre di vulnerabilità e opportunità

razionale neurobiologico e psicologico degli interventi precoci

1. Sviluppo precoce del cervello
2. Competenze precoci del bambino
3. Effetti duraturi delle esperienze precoci

Povert  dei bambini in Italia e in Europa prima e dopo i trasferimenti del welfare



Indicazioni generali sulle politiche da promuovere a livello locale

Chiedere agli EeLI	Supportare come associazioni
Recuperare risorse localmente da contrasto all'evasione per mantenere o aumentare i livelli e le condizioni di offerta dei servizi per l'infanzia e le famiglie	Sostenere e organizzare progetti e interventi di supporto alla genitorialit� anche in collaborazione con gli EeLI
Rivedere criteri e distribuzione di sussidi e interventi al fine di privilegiare le situazioni di maggior difficolt�	Dare maggior enfasi a criteri di priorit� degli interventi, mantenendo tuttavia approcci universalistici come offerta di base
Integrare i servizi, socio-educativi sanitari e sociali per ottimizzare risorse e aumentare l'efficacia degli interventi	Sostenere progetti multiprofessionali (Nati per Leggere n� � un esempio)
Investire su professionalit� e motivazione degli operatori	Reinvestire su formazione e circolazione di idee
Coordinare l'offerta di servizi pubblica e privata con meccanismi adeguati	Cercare la collaborazione e la messa in rete di interventi e realt� locali
Assicurare l'accesso universale ai servizi sanitari ed educativi senza discriminazioni formali o sostanziali	Organizzare modelli di servizi in grado di compensare le disegualianze e gli ostacoli di partenza
Assicurare l'informazione su diritti e possibilit� soprattutto per i meno tutelati e dotati di strumenti	Attivarsi per fare in modo che l'informazione giunga a tutti inclusi interventi ad hoc per gruppi tipicamente a rischio di esclusione

(Tamburini, Sole 24 Ore Sanit , 1-7 Nov 2011)

- I progressi sanitari più importanti nei paesi ricchi sono stati ottenuti con politiche che hanno affrontato in primo luogo la povertà, e contemporaneamente le cause intermedie di esposizione e suscettibilità alle malattie (istruzione, lavoro, nutrizione, ambiente, etc)
- Gli interventi sanitari sono efficaci solo quando si impiantano sopra questo substrato
- Le scorciatoie servono solo ad alleviare a breve termine le peggiori conseguenze della disuguaglianza e della povertà, non ad intraprendere la strada di miglioramenti permanenti

European Strategy on Child and Adolescent Health (settembre 2005)

"action needs to be taken at three different levels"

- the level of **cross sectoral policies**, to ensure that social determinants of health and disease are addressed by appropriate legislation, policies and programmes.
- the level of the **health system**, to ensure that the preconditions for effective delivery of interventions, such as access to quality services, provision of competent staff, drugs and supplies, are guaranteed
- the level of **health services**, to ensure that the relevant health interventions and programmes are delivered according to international guidelines and scientific evidence.

Direzioni di lavoro (sperimentazione, valutazione, modelli) a livello locale

- Sviluppo di una iniziativa (“**Fin da Piccoli**”) che si proponga un supporto a pratiche efficaci di cura/educazione (NpL, per esempio, ed oltre)
- Rilancio di programmi di **visite a domicilio, ora priorità in molti paesi**, quale veicolo essenziale e universale di intervento precoci, e di messa a disposizione dei genitori di spazi pubblici
- Creazione di una **rete interistituzionale** di promozione ed appoggio (Aziende Sanitarie, socio-educativo. Associazionismo, CF, ecc.)
- Interventi precoci ora (da 2014) inseriti in monitoraggio CRC (rete CRC)

Conclusioni

- Investire nelle nuove generazioni è la scelta di fondo di ogni lungimirante politica economica
- L'approccio non può che essere universale con una enfasi sui gruppi a rischio di povertà e di esclusione
- L'immigrazione è una risorsa, prima che un problema
- L'Italia parte da una situazione di povertà infantile tra le più pesanti in Europa e da un consistente e recente fenomeno migratorio, ma mancano politiche adeguate di supporto alle famiglie e di accoglienza/cittadinanza
- Ci si trova di fronte ad un disinvestimento di fatto nei più piccoli e da consistenti rischi di aggravamento della situazione per i più deboli
- Questo va contrastato in ogni modo, soprattutto da parte di chi ha gli strumenti per capire e qualche strumento per intervenire.

FIN DA PICCOLI

Aggiornamenti sulla letteratura in tema di
interventi nei primi anni di vita

settembre - dicembre 2011 - Anno 3 - numero 3 pgg 1-11

FIN DA PICCOLI si propone di diffondere conoscenze sull'importanza e l'efficacia di interventi effettuati nei primi anni di vita e finalizzati alla salute ed allo sviluppo dei bambini. Poiché quanto accade all'inizio della vita ha influenze molto significative sulla qualità della vita dell'adulto, tutto questo ha rilevanza anche per il futuro delle nuove generazioni.

FIN DA PICCOLI si propone di contribuire a questo fine attraverso la diffusione di studi e ricerche riportati dalla letteratura internazionale.

FIN DA PICCOLI è diretto primariamente a operatori che a vario titolo si occupano di infanzia, ma anche a genitori e ad amministratori.

Sommario

Editoriale: Dal vaso da riempire al dividendo sociale	p. 2
Nota introduttiva al numero	p. 3
Interventi a sostegno dello sviluppo delle funzioni esecutive nei bambini dai 4 ai 12 anni	p. 3
Le pratiche di insegnamento del linguaggio e gli esiti accademici di bambini in età prescolare	p. 5
Efficacia degli interventi educativi in età prescolare	p. 6
Dalla scienza alla politica in tema di educazione precoce	p. 7
Proteggere lo sviluppo cerebrale, non solo stimolare la mente	p. 9

Comitato editoriale:

Giancarlo Biasini
Francesco Ciotti
Monica Guerra
Giorgio Tamburini

Hanno collaborato a

questo numero:
Giancarlo Biasini,
Francesco Ciotti,
Ferruccio Cremaschi,



Rudolf Virchow

“ Medicine may eventually prolong human life but the improvement of social conditions can achieve this result more rapidly and more successfully”