

Rapporto di base

Pari opportunità nella promozione della salute e nella prevenzione in Svizzera

Definizioni, introduzione teorica, raccomandazioni per la prassi

Aprile 2020



Un progetto comune di



Gesundheitsförderung Schweiz
Promotion Santé Suisse
Promozione Salute Svizzera



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Dipartimento federale dell'interno DFI
Ufficio federale della sanità pubblica UFSP



Konferenz der kantonalen Gesundheits-
direktorinnen und -direktoren
Conférence des directrices et directeurs
cantonaux de la santé
Conferenza delle direttrici e dei direttori
cantionali della sanità

Sigla editoriale

Editori

Promozione Salute Svizzera
Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP)
Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS)

Direzione progetto

Dominik Weber, Promozione Salute Svizzera
Sabina Hösl, Ufficio federale della sanità pubblica
Diana Müller, Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità

Autore

Dominik Weber, Promozione Salute Svizzera

Revisione (versione tedesca)

Dr. Corina Salis Gross, PHS Public Health Services e Università di Zurigo (ISGF)

Citazione bibliografica

Weber, D. (2020). *Pari opportunità nella promozione della salute e nella prevenzione in Svizzera. Definizioni, introduzione teorica, raccomandazioni per la prassi*. Rapporto di base. Berna: Promozione Salute Svizzera, UFSP, CDS

Credito fotografico

shutterstock.com

Indirizzo per l'ordinazione

Promozione Salute Svizzera, Wankdorfallee 5, CH-3014 Berna, tel. +41 31 350 04 04,
office.bern@promotionsante.ch, www.promozionesalute.ch
Ufficio federale della sanità pubblica, Schwarzenburgstrasse 157, CH-3003 Berna, tel. +41 58 464 20 74,
healthequity@bag.admin.ch, www.miges.admin.ch
Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità, Haus der Kantone, Speichergasse 6,
Casella postale, CH-3001 Berna, tel. +41 31 356 20 20, office@gdk-cds.ch, www.gdk-cds.ch

Testo originale

Tedesco

Traduzioni

Servizio linguistico UFSP

Grafica

Typopress Bern AG

Numero d'ordinazione

316.605.IT / www.pubblicazionifederali.admin.ch
La presente pubblicazione è disponibile anche in francese (316.605.FR) e in tedesco (316.605.DE).

Scarica PDF

www.promozionesalute.ch/publicazioni e www.miges.admin.ch

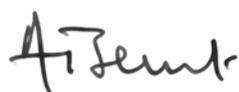
© Promozione Salute Svizzera, UFSP, CDS, aprile 2020

Editoriale

In Svizzera tutti devono poter beneficiare delle stesse opportunità per vivere in buona salute. Le pari opportunità sono un obiettivo importante della politica sanitaria, che però non è ancora stato raggiunto nella pratica. Lo stato di salute di chi è socialmente svantaggiato è spesso peggiore e l'aspettativa di vita minore rispetto a chi vive in una situazione sociale migliore. Ad esempio, le persone con un reddito più basso corrono un rischio sei volte più elevato di ammalarsi di un carcinoma polmonare.

Queste disparità di salute, determinate dalle condizioni sociali, possono essere evitate e corrette. Possiamo agire per migliorare la bassa qualità di vita delle persone interessate, ma anche per evitare spese sanitarie inutili. Ad esempio rendendo tutte le offerte del nostro settore sanitario accessibili e alla portata economica anche di persone poco istruite, alloglotte o in una situazione di povertà ed emarginazione. Oppure facendo in modo che i nostri professionisti della salute possiedano le competenze e i mezzi necessari per raggiungere le persone dalle origini sociali più diverse e per comunicare con loro, o ancora adoperandosi affinché le offerte di prevenzione siano conformi ai gruppi destinati. Possiamo pertanto impegnarci per creare condizioni di vita che promuovano la salute.

Quali sono in Svizzera i gruppi di popolazione particolarmente toccati dall'iniquità di salute? Cosa sappiamo delle cause? Che possibilità ci sono per migliorare la loro situazione? Quali esperienze sono state fatte finora? Nel presente documento troverete le risposte a queste e ad altre domande. Questa pubblicazione contribuisce a una comprensione comune della problematica e alla ricerca di soluzioni durature. È stata concepita per sostenere tutti coloro che s'impegnano a favore delle pari opportunità di salute – un obiettivo raggiungibile solo unendo le nostre forze.



Alain Berset

Consigliere federale, Capo del Dipartimento federale dell'interno DFI



Heidi Hanselmann

Consigliera di Stato, Presidente della Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità CDS



Guido Graf

Consigliere di Stato, Presidente del consiglio d'amministrazione della fondazione Promozione Salute Svizzera

Indice

Management summary	7
Introduzione	11
1 Introduzione tematica	12
2 Obiettivi, contenuti e destinatari del rapporto	15
Parte 1: Descrizione della situazione	18
3 Definizioni	19
3.1 Disparità sociale	19
3.2 Disparità e iniquità di salute	20
3.3 Vulnerabilità e svantaggio sociale	21
3.4 Pari opportunità ed eque opportunità	25
4 Come si manifesta l'iniquità di salute?	28
4.1 Panoramica dello stato attuale delle conoscenze	28
4.2 Dati svizzeri riguardanti determinati indicatori di salute	29
Parte 2: Analisi delle cause	31
5 Osservazioni preliminari	32
5.1 La svolta nel dibattito scientifico	32
5.2 È la posizione sociale a influire sulla salute o è la salute a determinare la posizione sociale?	33
6 Modello esplicativo dell'iniquità di salute	34
6.1 Il modello e i blocchi di determinanti	34
6.2 Contesto (blocco 1)	35
6.3 Posizione sociale (blocco 2)	36
6.4 Fattori intermediari (blocco 3)	37
6.5 Ripartizione di salute (blocco 4)	39
6.6 Distinzione rilevante per la prassi	40
6.7 La prospettiva che abbraccia l'intero arco della vita: un complemento necessario	41
7 Excursus: sovrapposizione di svantaggi	42
Parte 3: Sviluppo e attuazione di misure	43
8 Integrazione delle misure nella politica sanitaria	44
8.1 Strategie mondiali e basi dell'OMS	44
8.2 Strategie e basi svizzere nel settore sanitario	46
8.2.1 Costituzione federale Svizzera	46
8.2.2 Strategie Sanità2020 e Sanità2030	47
8.2.3 Strategia MNT e piano di misure 2017-2024	47
8.2.4 Strategia nazionale dipendenze 2017-2024 e relativo piano di misure	48
8.2.5 Salute mentale: rapporto «Salute mentale in Svizzera» e rapporto «La prevenzione del suicidio in Svizzera»	49

9	Raccomandazioni per la definizione dei gruppi di destinatari	50
9.1	Sfide	50
9.2	Raccomandazioni generali	51
9.3	Processo di definizione dei gruppi di destinatari	51
10	Approcci basati sull'evidenza e criteri di successo	56
10.1	Introduzione	56
10.1.1	Passaggio dalla teoria alle raccomandazioni pratiche	56
10.1.2	Problematica, obiettivi e applicazione pratica del capitolo	58
10.1.3	Struttura del capitolo	59
10.2	Attività fisica e alimentazione	60
10.2.1	Misure che agiscono sui determinanti strutturali per le persone con uno statuto socioeconomico basso	60
10.2.2	Misure che agiscono sui determinanti sociali della salute per le persone con uno statuto socioeconomico basso	60
10.2.3	Focalizzazione su genere, passato migratorio, LGBTI	65
10.2.4	Esempi tratti dalla prassi in Svizzera	67
10.2.5	Sintesi	68
10.3	Salute mentale	70
10.3.1	Misure che agiscono sui determinanti strutturali per le persone con uno statuto socioeconomico basso	70
10.3.2	Misure che agiscono sui determinanti sociali della salute per le persone con uno statuto socioeconomico basso	71
10.3.3	Focalizzazione su genere, passato migratorio, LGBTI	74
10.3.4	Esempi tratti dalla prassi in Svizzera	77
10.3.5	Sintesi	78
10.4	Dipendenze (prevenzione del tabagismo)	80
10.4.1	Misure che agiscono sui determinanti strutturali per le persone con uno statuto socioeconomico basso	80
10.4.2	Misure che agiscono sui determinanti sociali della salute per le persone con uno statuto socioeconomico basso	80
10.4.3	Focalizzazione su genere, passato migratorio, LGBTI	83
10.4.4	Esempi tratti dalla prassi in Svizzera	84
10.4.5	Sintesi	86
10.5	Misura trasversale: sviluppo dell'organizzazione	88
10.6	Conclusioni e raccomandazioni finali	89
	Prospettive	91
	Fonti bibliografiche	94

Indice delle figure

Figura 1	Public health action cycle	15
Figura 2	Mancata considerazione delle diverse condizioni sull'esempio dei corridori	27
Figura 3	Considerazione delle diverse condizioni sull'esempio dei corridori	27
Figura 4	Modello esplicativo dell'inequità di salute	34
Figura 5	Blocco 1: contesto	35
Figura 6	Blocco 2: posizione sociale	36
Figura 7	Blocco 3: fattori intermediari	37
Figura 8	Blocco 4: ripartizione di salute	39
Figura 9	Due tipi di determinanti	40
Figura 10	Assi prioritari dell'attività dell'UFSP nel settore delle pari opportunità	54
Figura 11	Dimensioni della vulnerabilità nella comprensione di Pro Senectute	55
Figura 12	Versione semplificata del modello esplicativo	57
Figura 13	Approcci efficaci per promuovere un'alimentazione sana e l'attività fisica nelle persone socialmente svantaggiate	69
Figura 14	Approcci efficaci per la promozione della salute mentale nelle persone socialmente svantaggiate	79
Figura 15	Approcci efficaci per la prevenzione del tabagismo nelle persone socialmente svantaggiate	87

Management summary

Situazione di partenza

Una promozione della salute e una prevenzione al passo con i tempi si fonda sul seguente principio: tutte le persone devono poter beneficiare, quanto possibile, di pari opportunità di salute. Questo principio è contenuto nelle strategie di politica sanitaria (ad es. Sanità2020) del Consiglio federale e si fonda su convenzioni internazionali (ad es. sull'articolo 25 della Dichiarazione universale dei diritti umani) e sulla Costituzione federale (art. 2 Cost.). Eppure anche in Svizzera esistono grandi, in parte crescenti, differenze in seno alla popolazione: determinati gruppi sociali si ammalano più spesso, manifestano più frequentemente problemi di salute e muoiono prima di altri. Ad esempio, gli abitanti di quartieri a basso reddito vivono meno a lungo di coloro che abitano in aree della città benestanti, e gli adolescenti omosessuali presentano un rischio nettamente maggiore di depressione e tentativi di suicidio rispetto ai loro coetanei eterosessuali (cfr. capitolo 4.2).

Tali differenze di salute non sono casuali né imputabili a ragioni biologiche. Seguono piuttosto schemi sociali chiari: la probabilità di una vita lunga senza malattie e disabilità è maggiore più in alto ci si trova sulla scala sociale.

Evidente necessità d'intervento

Le differenze sistematicamente dovute a disparità sociali sono chiamate «iniquità di salute» (*health inequities*) e costituiscono un appello alla società ad agire. La necessità d'intervento è giustificata dal punto di vista giuridico-normativo, sociale, economico ed etico: opportunità impari di salute contraddicono i valori e i principi costituzionali della Svizzera, minacciano la coesione sociale e provocano

inutili costi aggiuntivi. Si stima che l'iniquità di salute causi in Svizzera ogni anno circa 16 miliardi di franchi di costi sanitari e un danno economico globale superiore ai 60 miliardi di franchi (cfr. capitolo 1). Nell'ottica della coesione sociale e del benessere economico, nessun Paese può permettersi di non affrontare la questione della pari opportunità in materia di salute.

Contenuti e assi prioritari del presente rapporto

L'intento del presente rapporto è illustrare gli approcci d'intervento e i criteri di successo che nella prassi si sono dimostrati validi per aumentare le pari opportunità di salute. Considerata la definizione d'iniquità di salute esposta sopra, questo documento è incentrato sullo *svantaggio sociale*, in altre parole è focalizzato sui fattori strutturali che rendono più probabile una maggiore prevalenza di malattia e una mortalità precoce (cfr. capitolo 1).

La domanda principale è dunque: com'è possibile migliorare le opportunità di salute delle persone che a causa di caratteristiche sociodemografiche, come il reddito, l'istruzione, il genere, il passato migratorio, l'orientamento sessuale e/o l'identità di genere, sono socialmente svantaggiate e hanno una maggiore probabilità di ammalarsi?

L'origine dell'iniquità di salute quale punto di partenza degli interventi

Per sviluppare interventi efficaci, occorre innanzitutto comprendere come l'iniquità di salute insorge e si riproduce. Sulla base di esempi internazionali è stato elaborato un modello che ne spiega appunto l'insorgenza ed evidenzia così i punti su cui fondare gli interventi (cfr. capitolo 6). Riassumendo, il modello spiega così l'insorgenza dell'iniquità di salute:



1. Il contesto sociale (ossia la politica economica, sociale e sanitaria, nonché le norme e i valori) determina la posizione che i singoli individui assumono nella società. Secondo il contesto, una persona occupa una posizione più elevata o più bassa ed è pertanto privilegiata o svantaggiata rispetto ad altri membri della società.
2. La posizione sociale determina a quali carichi concreti è esposta la persona e di quali risorse dispone. In genere, le persone socialmente svantaggiate sono gravate da più carichi e dispongono di meno risorse.
3. Sono questi carichi e risorse a ripercuotersi concretamente sulla salute. Più carichi e meno risorse una persona ha, peggiore è in genere il suo stato di salute.
4. Al termine di questa catena si trova l'iniquità di salute, empiricamente ben documentata.

Le condizioni di vita vanno considerate ancora prima del comportamento in materia di salute

L'iniquità di salute è di conseguenza un problema dovuto a fattori sociali e il risultato di un lungo processo che prende avvio nelle condizioni quadro fondamentali di una società e nella ripartizione delle risorse, del potere e del riconoscimento.

Il fulcro del modello esplicativo è costituito dalla posizione sociale, e dai carichi e dalle risorse a essa connessi, che possono essere di natura materiale-strutturale, psicosociale e comportamentale. Oggi sappiamo che i fattori materiali-strutturali (come il reddito, le condizioni abitative e di lavoro) hanno effetti diretti e anche indiretti sulla salute, perché determinano i fattori psicosociali (come carichi quotidiani cronici, il sostegno sociale e le competenze individuali) e il comportamento rilevante per la salute (come il consumo di tabacco, l'attività fisica e l'alimentazione). Le condizioni di vita materiali-strutturali costituiscono pertanto il principale fattore esplicativo dell'origine dell'iniquità di salute (cfr. capitolo 6.4).

Detto ciò, è possibile giungere alle seguenti conclusioni per la politica e la prassi.

- La responsabilità individuale è fondamentale anche per gli aspetti riguardanti la salute e va dunque rafforzata. Le persone devono essere incoraggiate a prendere decisioni propizie alla salute. Al contempo va riconosciuto che le possibilità in fatto di salute dipendono dalle condi-

zioni di vita sociali ed economiche del singolo, il cui margine di manovra è dunque sensibilmente limitato.

- Un problema strutturale come l'iniquità di salute non può essere risolto soltanto con provvedimenti incentrati sull'individuo. Misure di promozione della salute focalizzate unicamente sullo stile di vita o l'alfabetizzazione sanitaria individuale difficilmente riescono a ridurre l'iniquità di salute.
- È responsabilità dello Stato creare le condizioni affinché tutte le persone possano essere, diventare e rimanere in salute.

Misure concernenti i determinanti sociali della salute e i determinanti strutturali

Considerato quanto sopra, servono misure concernenti due tipi di determinanti. Innanzitutto va garantito che le condizioni di vita, di lavoro ed il tempo libero quotidiano siano fonte di salute e non di malattia (OMS, Carta di Ottawa 1986). Tali condizioni, nelle quali le persone nascono, crescono, vivono, lavorano e invecchiano, sono chiamate determinanti sociali della salute (in inglese: social determinants of health o SDH), di cui fa parte anche il sistema sanitario. L'obiettivo delle misure in questo ambito è quello di ridurre i carichi e rafforzare le risorse (blocco 3 nel modello esplicativo).

Secondo, un aumento duraturo delle pari opportunità di salute presuppone anche misure concernenti i fattori che determinano le suddette condizioni di vita quotidiane. Se guardiamo il modello esplicativo, il riferimento è al contesto sociale (blocco 1) e ai meccanismi in base ai quali a una persona è attribuita una determinata posizione sociale (blocco 2). Questi due fattori sono chiamati *determinanti strutturali*. L'obiettivo delle misure in questo ambito è ridurre la disparità e gli svantaggi sociali, a loro volta all'origine dell'iniquità di salute.

Ridurre i carichi, ma soprattutto rafforzare le risorse

Per una promozione della salute e prevenzione volte alle pari opportunità è decisivo non focalizzarsi esclusivamente sulla protezione dagli svantaggi e dai carichi, bensì prestare attenzione che le persone socialmente svantaggiate dispongano di risorse attivabili (cfr. capitolo 3.3). Oltre alla riduzione dei carichi, di conseguenza, occorre puntare sempre

anche sul rafforzamento delle risorse (*empowerment*) sia sul piano dei determinanti strutturali che su quello dei determinanti sociali della salute. Il capitolo 10 illustra in termini concreti come ottenere questo risultato. Presenta infatti approcci d'intervento basati sull'evidenza e criteri di successo di comprovata efficacia che portano a un aumento delle pari opportunità di salute.

L'obiettivo è di offrire alle persone la possibilità d'influire sui fattori che agiscono sulla loro salute, o, come scrive l'OMS, d'incoraggiarle a esercitare una maggiore influenza sulla loro salute e sul loro ambiente, e ad attuare nella quotidianità cambiamenti benefici per la salute (OMS, Carta di Ottawa 1986). Impegnarsi contro le differenze di salute dovute a fattori sociali non contraddice dunque l'ideale della libertà individuale, bensì crea le condizioni necessarie per una capacità di agire autodeterminata.

La difficile definizione dei gruppi di destinatari

La promozione della salute e la prevenzione volte alle pari opportunità ambiscono al miglioramento della salute dell'intera popolazione. Tuttavia, l'intensità degli sforzi corrisponde idealmente al grado di svantaggio dei singoli gruppi di popolazione («*universalismo proporzionale*»).

Per sostenere in modo mirato la salute delle persone particolarmente vulnerabili, è necessaria una definizione precisa del gruppo di destinatari. Non è tuttavia possibile stilare un elenco generale e prioritario di gruppi particolarmente vulnerabili dal punto di vista della salute perché essi cambiano a secondo del tema e della misura. Oltre a ciò, le statistiche concernenti la salute presentano lacune che non permettono di identificare tutti i gruppi svantaggiati.

In linea di principio va tenuto presente che una maggiore probabilità di ammalarsi di norma non è riconducibile a un'unica caratteristica. Decisiva è piuttosto l'interazione di varie caratteristiche, come mostra bene l'esempio delle persone con un passato migratorio. Secondo le statistiche, la popolazione migrante è colpita da malattie e disabilità più spesso delle persone senza passato migratorio. Eppure, *i migranti o la popolazione migrante* di norma non sono adatti come gruppo di destinatari per una misura, perché una persona non è soltanto *una persona con passato migratorio*, bensì è anche donna o uomo, più o meno istruita, ricca o povera, omosessuale o eterosessuale ecc. Di regola, non è il passa-

to migratorio da solo, ma è appunto l'intreccio di caratteristiche rilevanti per la disparità a far emergere forme particolari di svantaggio sociale – e con esse una maggiore probabilità di malattia.

Va inoltre considerato che un risultato empirico – «la popolazione migrante è più frequentemente colpita da malattie» – offre unicamente primi elementi per la definizione del gruppo di destinatari. Le statistiche confermano la maggiore probabilità di malattia, ma non la spiegano. Per prevenire stigmatizzazioni e per affrontare le cause reali, è necessario analizzare più nel dettaglio quali sono i fattori alla base della maggiore frequenza di malattie in seno a un determinato gruppo. Anche questo può essere illustrato ricorrendo all'esempio della popolazione migrante: il passato migratorio di per sé non aumenta necessariamente la predisposizione ad ammalarsi. Decisivi sono piuttosto fattori come *insufficiente conoscenza di una lingua nazionale, integrazione sociale ed economica carente, percorso migratorio difficile o statuto di soggiorno precario* – fattori dunque che possono, ma non per forza devono, essere connessi con un passato migratorio.

La definizione del gruppo di destinatari fondata esplicitamente sull'intreccio di caratteristiche e sull'analisi di fattori esplicativi ci consente d'inquadrare con maggiore precisione l'inequità di salute ed elaborare misure più mirate ed efficaci (cfr. capitoli 7 e 9). Per una promozione della salute e una prevenzione volte alle pari opportunità non è di conseguenza possibile definire un gruppo di destinatari «generale» che prescindere dai temi e dalle misure.

Criteri di successo centrali per le misure

Il presente rapporto individua numerosi criteri di successo e principi operativi per una promozione della salute e una prevenzione volte alle pari opportunità (cfr. capitoli 8 e 10). In particolare, sono decisivi gli elementi descritti di seguito.

La **partecipazione** degli individui, dei gruppi di popolazione e della società civile nel suo complesso è determinante per l'efficacia delle misure volte alle pari opportunità. La promozione della salute si compie per mezzo delle persone e insieme a loro, non può essere imposta (OMS, Dichiarazione di Jakarta 1997). La società civile va pertanto coinvolta attivamente in tutte le fasi dei programmi e dei progetti, dalla concezione e pianificazione, all'attuazione fino alla valutazione.

Lo svantaggio sociale subito durante la prima infanzia può avere ripercussioni sulla salute per tutta la vita. L'inequità di salute non è tuttavia determinata solo dalle condizioni nei primi anni di vita, bensì anche dalla durata dei carichi che pesano sulla salute. Più a lungo una situazione gravosa perdura, maggiori sono le probabilità di ripercussioni nocive per la salute. Una promozione della salute e una prevenzione volte alle pari opportunità vanno pertanto pianificate da una **prospettiva che abbraccia l'intero arco della vita** e dovrebbero essere dedicate a tutte le fasi della vita.

Secondo le stime, lo stato di salute delle persone è influenzato per il 60% da fattori che esulano dalla politica sanitaria [1]. Le misure relative ai determinanti sociali della salute e in particolare ai determinanti strutturali sono di conseguenza spesso di competenza di altri settori politici. Nell'ottica di una pianificazione e un'attuazione sistematica va definito quali approcci possono essere implementati nel settore sanitario e quando è il caso di sollecitare altri settori politici a impegnarsi in favore delle pari opportunità di salute (*agenda-setting* mirato). La promozione della salute e la prevenzione volte alle pari opportunità rafforzano il principio della rilevanza della salute in tutti i settori politici (**«health in all policies»**) e punta su una **procedura multisetoriale** che includa in particolare la politica dell'istruzione, della socialità, della pianificazione del territorio e del mercato del lavoro.

Infine, anche il **monitoraggio** dell'inequità di salute e la **valutazione** di misure e progressi raggiunti vanno rafforzati: la creazione e l'ampliamento di sistemi di monitoraggio sensibili alla diversità aiutano a meglio comprendere la manifestazione e lo sviluppo dell'inequità di salute. Ulteriori sforzi nel settore della valutazione aiutano a individuare e moltiplicare misure efficaci. Grazie a un sistema di monitoraggio e valutazione esteso è possibile vagliare la politica sanitaria sulla base di risultati e obiettivi chiari, e di aumentare la responsabilità sul grado di raggiungimento degli obiettivi.

Introduzione

«Why treat people only to send them back to the conditions that made them sick in the first place?»

Organizzazione mondiale della sanità OMS¹

¹ Fonti della citazione inglese: http://www.who.int/social_determinants/tools/multimedia/posters/en/ e <https://ifmsa.wordpress.com/2012/06/18/update-from-rio20-why-treat-people-only-to-send-them-back-to-the-conditions-that-made-them-sick-in-the-first-place/> (siti consultati il 19 giugno 2019).

Introduzione

1 Introduzione tematica

Le differenze fanno parte delle società moderne come la Svizzera: le persone si distinguono per il livello d'istruzione, la professione, il genere, il luogo di nascita, gli interessi, le idee, i valori, le forme abitative, e non da ultimo anche per la salute.

Individuate da tempo le differenze di salute dovute a fattori sociali

Che sussistano differenze di salute tra individui e tra gruppi sociali è risaputo da tempo. Al più tardi nel XIX secolo furono stati evidenziati legami tra condizione sociale e salute. Ad esempio, attorno al 1890 in Germania fu documentato che le persone a basso reddito correvano un rischio maggiore di morire di tubercolosi [2]. Il patologo tedesco Rudolph Carl Virchow (1821-1902) giunse presto anche alla conclusione che tutte le malattie hanno due cause: una patologica e una politica².

Le differenze sono sistematiche e (in parte) aumentano

Oggi disponiamo di dati sanitari differenziati e il quadro che dipingono è il seguente: negli ultimi decenni la salute della popolazione dei Paesi sviluppati è sensibilmente migliorata. Tuttavia, osservando la popolazione nel suo insieme non si notano differenze incisive tra singoli gruppi. In effetti, non tutta la società beneficia in egual misura dei miglioramenti in ambito sanitario. La salute e le malattie sono tuttora ripartite in modo impari in seno alla popolazione (cfr. capitolo 4). I membri di determinati gruppi sociali si ammalano più di frequente, soffrono più spesso di limitazioni e muoiono prima di quelli di altri gruppi. Da numerosi Paesi dell'Europa occidentale (Svizzera compresa) ci sono degli indizi che inducono a pensare che le differenze di salute tra gruppi sociali siano persino aumentate negli ultimi anni [3-5].

Queste differenze nella morbilità (ossia la frequenza di malattie) e nella mortalità non sono né casuali né imputabili a ragioni biologiche. Emergono invece chiari schemi sociali: la probabilità di una vita lunga senza malattie e disabilità è maggiore più in alto ci si trova nella scala sociale (Lamprecht et al. 2006, p. 7) [6]. Anche in Paesi altamente sviluppati e ricchi come la Svizzera sussistono pertanto profonde differenze di salute, espressione di privilegi e svantaggi sociali [2]. La citazione dell'OMS in testa al capitolo sottolinea proprio questo aspetto: le condizioni di vita sociali influiscono in misura determinante sullo stato di salute.

Implicazioni per la politica (sanitaria)

Le persistenti, a volte persino crescenti, differenze di salute rivelano che l'attuale politica e prassi nel settore sanitario solo in parte funzionano e sono appropriate. Se da un lato in termini complessivi migliorano la salute della popolazione in generale, dall'altro palesemente falliscono per quanto riguarda determinate fasce della società [7]. Che rilevanza hanno queste conclusioni per la promozione della salute e la prevenzione? Le differenze di salute dovute a fattori sociali indurranno finalmente gli attori del settore sanitario ad agire?

Le risposte della scienza e della politica sanitaria nazionale e internazionale³ sono chiare: l'argomento è indubbiamente scottante dal punto di vista sociopolitico (Rathmann & Richter 2016, p. 27) [8] ed evidenzia una chiara necessità d'intervento a livello politico (Rathmann & Richter 2016, p. 36) [8]. L'OMS Europa raccomanda persino di valutare l'operato del sistema sanitario e del governo in primo luogo in base a quanto riescono a ridurre le differenze di salute dovute a fattori sociali [3].

² Secondo Pega 2013 [278].

³ Cfr. capitolo 8.

Aspetti a favore della riduzione delle differenze di salute dovute a fattori sociali

Sono diverse le ragioni che spiegano perché è urgente ridurre tali differenze [cfr. 9]. Dal **punto di vista giuridico-normativo**, le misure necessarie provengono, ad esempio, dalla Dichiarazione Universale dei Diritti Umani (art. 25) e dal Patto internazionale relativo ai diritti economici, sociali e culturali (art. 12) delle Nazioni Unite. Queste normative assicurano a ogni individuo il diritto ad un tenore di vita sufficiente a garantire la salute e il benessere proprio e della propria famiglia (Dichiarazione Universale dei Diritti Umani), rispettivamente riconoscono addirittura il diritto di ogni individuo a godere delle migliori condizioni di salute fisica e mentale che sia in grado di conseguire (Patto internazionale). Anche l'OMS ribadisce nella sua Costituzione: «*Il possesso del migliore stato di sanità possibile costituisce un diritto fondamentale di ogni essere umano, senza distinzione di razza, di religione, d'opinioni politiche, di condizione economica o sociale.*» L'OMS si spinge oltre, riconoscendo un diritto esplicito a beneficiare di pari opportunità di salute [5]. Un elemento fondamentale in questo contesto è costituito da condizioni di vita sociali che non mettono in pericolo la salute [3]. Le questioni relative al diritto alla salute o al diritto di beneficiare di pari opportunità di salute sono estremamente complesse e i dibattiti che suscitano sono controversi [10-13]. Diversamente dagli atti internazionali citati, la Costituzione federale non riconosce un diritto esplicito alla salute. Tuttavia, la Confederazione Svizzera si attribuisce il compito di provvedere ad assicurare quanto possibile pari opportunità ai cittadini a livello globale, e pertanto anche nell'ambito della salute (art. 2 Cost.). Dal **punto di vista sociopolitico** sono decisivi i segnali secondo cui le disparità sostanziali in seno a una società si ripercuotono negativamente su tutti i cittadini [14]. In termini concreti, si parte dal principio che le pari opportunità (di salute) promuovono la coesione sociale, la fiducia nella società e l'integrazione di individui e gruppi svantaggiati, tutte condizioni importanti per una società funzionante [3, 15]. Dal **punto di vista economico** è palese che le differenze di salute dovute a fattori sociali comportano costi sostanziali, come rivelano i risultati di uno stu-

dio europeo che ha stimato i costi per la sanità, la socialità e il mercato del lavoro. In tutta l'UE, le differenze di salute dovute a fattori sociali provocano ogni anno 700 000 decessi e 33 milioni di casi di malattia, a loro volta all'origine del 20% dei costi della salute totali e del 15% dei costi delle prestazioni sociali. Inoltre, riducono ogni anno il PIL dell'1,4%, il tutto attribuibile alle perdite di produttività dovute alle assenze per malattia. Tirando le somme, il danno all'economia europea è stimato al 9,4% del PIL, ossia 980 miliardi di euro l'anno [16]. Riportando tali cifre alla Svizzera, le differenze di salute dovute a fattori sociali hanno provocato nel 2016 costi della salute pari a circa 16 miliardi di franchi e un danno complessivo all'economia nazionale superiore ai 60 miliardi di franchi. L'ammontare di questi costi è tale che nessun Paese può permettersi di non affrontare la questione della disparità di opportunità in materia di salute [3].

Le pari opportunità di salute sono dunque un principio fondamentale dello Stato e rilevanti per l'economia svizzera. Dal **punto di vista etico**, la salute e le pari opportunità di salute non sono tuttavia solo un mezzo per raggiungere il fine, sono un valore e un obiettivo a sé, perché la salute è un bene singolare che consente alle persone di agire e di condurre un'esistenza che le soddisfi [17]. La salute è dunque molto importante per i singoli individui e la società [3] e le differenze sistematiche in questo ambito pesano più delle differenze di reddito [17]. La promozione delle pari opportunità di salute è una questione di giustizia sociale e un imperativo etico [18].

La promozione della salute e la prevenzione sono particolarmente sollecitate

La responsabilità individuale deve avere un ruolo preponderante anche nel settore sanitario. Se però la salute rispecchia privilegi e svantaggi sociali, e le possibilità in materia di salute di una persona dipendono dalle sue condizioni di vita sociali ed economiche, il margine di manovra individuale è sensibilmente limitato. Come ha scritto il medico ed epidemiologo inglese Michael Marmot, le persone non possono assumersi alcuna responsabilità se non hanno il controllo di quello che capita loro⁴ (Marmot 2015, p. 51) [19].

⁴ Citazione in lingua originale: «*But people's ability to take personal responsibility is shaped by their circumstances. People cannot take responsibility if they cannot control what happens to them*» (Marmot 2015, p. 51) [19].

Secondo l'OMS, il compito principale della promozione della salute e della prevenzione consiste nel ridurre le differenze sociali che influiscono sullo stato di salute e nel creare pari possibilità e premesse affinché tutte le persone siano in grado di realizzare pienamente le loro potenzialità nel campo della salute (OMS Europa 1986, p. 2) [20]. Una promozione della salute e una prevenzione attive in quest'ottica si impegnano con vigore affinché le persone abbiano maggiore controllo sulla propria salute e i corrispondenti determinanti. L'impegno in favore di condizioni di vita e di lavoro idonee alla salute e a sfavore delle differenze di salute dovute a fattori sociali, non contraddice l'ideale della libertà individuale, ma crea piuttosto le condizioni necessarie per una capacità di agire autodeterminata.

Lacune nella prassi e interrogativi irrisolti

Negli ultimi anni, la questione delle pari opportunità di salute ha acquisito sempre più importanza anche in seno alla politica sanitaria svizzera. In tutte le sue strategie, da quella globale per la sanità pubblica (Sanità2020) alle basi specifiche concernenti le malattie non trasmissibili (MNT), le dipendenze e la salute mentale (cfr. capitolo 8), le pari opportunità di salute sono un tema focale o trasversale di cui occorre tenere conto nella pianificazione e nell'attuazione delle misure.

Eppure, nella prassi si constatano tuttora profonde lacune e interrogativi privi di risposta. In linea di principio in Svizzera e a livello internazionale si deplora che gli **sforzi pratici in favore delle pari opportunità di salute sono ancora insufficienti e troppo poco sistematici** [21-24]. Le ragioni per cui l'aspetto delle pari opportunità viene ancora «dimenticato» nelle iniziative concrete sono svariate: il focus unidirezionale sulla responsabilità individuale o l'elevato onere in termini finanziari e di personale richiesto dalle misure volte alle pari opportunità, oppure la complessità del tema, di cui è difficile avere una visione d'insieme, e dunque l'incertezza su quel che concretamente può essere fatto e su quale gruppo di destinatari concentrarsi.

Di conseguenza, la promozione della salute e la prevenzione tendenzialmente raggiungono ancora oggi principalmente gruppi di statuto socioeconomico medio o elevato [25-29]. Persiste così un problema che già una quarantina di anni fa era stato definito *inverse care law* [30]: l'accesso o la disponibilità di prestazioni sanitarie di qualità sono inversamente proporzionali all'effettiva necessità. In altre parole, **le offerte della promozione della salute spesso non raggiungono i gruppi sociali esposti a maggiori rischi per la salute e che potrebbero trarne la maggiore utilità.**

Negli ultimi decenni, sono stati elaborati numerosi programmi, principi e strategie per incrementare le pari opportunità di salute. Una critica diffusa afferma che spesso rimangono a livello di norma e che **praticamente non esistono approcci basati sull'evidenza** che spiegano che cosa può essere fatto per aumentarle realmente [17].

Infine si chiede che, dopo anni di particolare attenzione rivolta alle persone con un passato migratorio, **il gruppo di destinatari sia ampliato e che anche altri gruppi e persone socialmente svantaggiati siano considerati.** Il piano di misure della Strategia MNT prevede ad esempio esplicitamente che siano individuati e definiti gruppi prioritari di destinatari (piano di misure della Strategia MNT, attività D.2.1). Per procedere, occorre verificare come le esperienze raccolte nel settore della migrazione possano essere applicate ad altri gruppi di destinatari.

Introduzione

2 Obiettivi, contenuti e destinatari del rapporto

Riepiloghiamo il contesto del rapporto: da tempo è noto che sussistono differenze di salute dovute a fattori sociali, tali differenze sono oggi descritte in modo differenziato, le basi della politica sanitaria rivendicano esplicitamente un aumento delle pari opportunità, nella prassi l'attuazione è tuttavia difficile. La scienza [21] e l'OMS (ad es. Carta di Bangkok 2005) chiedono che in futuro alle risoluzioni di politica sanitaria seguano maggiori misure come pure un maggiore investimento di energie nella definizione, nella diffusione e nell'implementazione di soluzioni efficaci.

In questo contesto, il presente rapporto si è dato gli obiettivi seguenti:

- offrire argomenti a favore di un maggiore impegno per le pari opportunità di salute;
- chiarire alcuni termini e concetti di un tema complesso e spesso vago;
- contribuire alla pianificazione sistematica di una promozione della salute e una prevenzione volte alle pari opportunità;
- individuare approcci d'intervento basati sull'evidenza.

Procedura e contenuti del rapporto

La struttura del rapporto si orienta al *public health action cycle*, consolidatosi quale strumento per una pianificazione e un'attuazione sistematica della promozione della salute e della prevenzione (cfr. figura 1). Questo ciclo prevede quattro fasi [31]: 1) descrizione empirica delle differenze di salute dovute a fattori sociali, 2) analisi delle cause (fattori d'influenza e insorgenza dell'iniquità di salute), 3) sviluppo e attuazione di misure concrete e 4) valutazione delle misure e avvio di un nuovo ciclo.

La prima parte del rapporto, dedicata alla *descrizione della situazione*, persegue due obiettivi:

- innanzitutto vengono **spiegate alcune nozioni fondamentali e chiariti determinati concetti** per contribuire alla concretizzazione di un tema finora piuttosto vago (**capitolo 3**);
- in seguito **viene descritto come le differenze di salute dovute a fattori sociali si manifestano concretamente**, ossia se ne espongono le forme e la diffusione in Svizzera sulla base di esempi (**capitolo 4**).

FIGURA 1

Public health action cycle (secondo Richter et al. 2011)



La seconda parte del rapporto è incentrata sull'*analisi delle cause* e include una panoramica delle attuali conoscenze teoriche su due questioni:

- innanzitutto si tenta di **spiegare il nesso tra disparità sociale e salute**. L'obiettivo è d'illustrare come mai le persone socialmente svantaggiate si ammalano più spesso e muoiono prima. È necessario capire l'insorgenza delle differenze di salute dovute a fattori sociali per poter sviluppare in una fase successiva interventi efficaci (**capitolo 6**);
- dopodiché si spiega l'**insorgenza dello svantaggio sociale** e quindi anche dei maggiori rischi per la salute. Le riflessioni sui diversi gradi di svantaggio sociale fungono da punto di partenza per poi riflettere sulla definizione dei gruppi prioritari di destinatari (**capitolo 7**).

Sulla base delle spiegazioni teoriche, nella terza parte del rapporto, dedicata allo *sviluppo e all'attuazione di misure*, sono formulati diversi principi e raccomandazioni:

- nell'ottica dello sviluppo di misure, sono **individuati approcci di cui è dimostrato che contribuiscono all'aumento delle pari opportunità di salute**. In questo modo, si illustra concretamente quello che si può fare nella pratica per raggiungere i gruppi di destinatari socialmente svantaggiati e rafforzare la promozione della salute e la prevenzione volte alle pari opportunità. Queste raccomandazioni basate sull'evidenza sono il cuore del rapporto (**capitolo 10**);
- per lo sviluppo delle misure è anche importante definire i gruppi prioritari di destinatari per progetti e programmi. Per questa ragione sono **elaborati alcuni principi e suggerimenti per individuare singole persone e gruppi esposti a maggiori rischi per la salute a causa della loro posizione sociale (capitolo 9)**;
- l'attuazione delle misure deve infine inserirsi nelle strategie e nelle basi di politica sanitaria. Per questo motivo, **strategie sanitarie nazionali e internazionali vengono analizzate nell'ottica delle pari opportunità**. Da un lato per legittimare

la promozione della salute e la prevenzione volte alle pari opportunità, dall'altro per individuare premesse e modalità di attuazione di misure concrete (**capitolo 8**).

Il rapporto si concentra sulle prime tre fasi del *public health action cycle*. In merito alla quarta, la *valutazione*, non vengono formulate raccomandazioni esplicite, perché gli approcci basati sull'evidenza (**capitolo 10**) già si fondano su un'approfondita analisi di valutazioni scientifiche. Inoltre, l'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) ha, ad esempio, già presentato un concetto per il monitoraggio delle pari opportunità in materia di salute in Svizzera [32] e Promozione Salute Svizzera ha già definito basi generali per il rilevamento dell'efficacia della promozione della salute e della prevenzione [33-35].

Assi prioritari e limiti del rapporto

Il rapporto si focalizza sulla promozione della salute e sulla prevenzione attuate in seno alla popolazione (in Svizzera ad es. tramite i programmi d'azione cantonali PAC). Inoltre offre spunti per la prevenzione nell'ambito delle cure e per la gestione della salute in azienda. Molti contenuti del rapporto sono validi anche per questi due ultimi settori, seppure per ragioni di risorse non siano state svolte ricerche specifiche a tal proposito.

Nell'ottica degli approcci d'intervento basati sull'evidenza, in primo piano figurano i **temi** alimentazione, attività fisica, salute mentale e dipendenze, fissati in linea con la Strategia MNT, la Strategia nazionale dipendenze e il rapporto sulla salute mentale in Svizzera⁵. Sempre per motivi di risorse, nel settore delle dipendenze l'accento è posto sulla prevenzione del tabagismo poiché le misure volte alle pari opportunità in quest'ambito sono già ben studiate. Sono invece ancora scarse le conoscenze sistematiche su quelle implementate per altre dipendenze da sostanze (come l'alcol) o comportamentali. Alcune conclusioni tratte dalla prevenzione del tabagismo possono essere riprese per la prevenzione della dipendenza da altre sostanze, ma solo per aspetti concernenti il comportamento.

⁵ Le strategie e i documenti di base citati sono ripresi nel capitolo 8.

Per sviluppare misure le più efficaci possibili si raccomanda di operare una distinzione tra i vari **motivi all'origine della vulnerabilità a livello di salute** (cfr. capitolo 3.3). Il presente rapporto si focalizza sulle persone che a causa di svantaggi sociali presentano una morbilità e una mortalità elevate, ossia sulle persone socialmente svantaggiate per via del loro statuto socioeconomico (ovvero basso reddito, basso livello d'istruzione, bassa posizione professionale, scarso patrimonio), del genere, di un eventuale passato migratorio o del loro orientamento sessuale e/o identità di genere (LGBTI⁶). Non si sofferma invece sulle persone con un maggiore rischio di ammalarsi (nuovamente) a causa di patologie esistenti, limitazioni alla mobilità, disabilità o isolamento sociale⁷, né su bambini vulnerabili a livello di salute per via di un genitore con una malattia psichica. Questi e altri fattori simili influiscono in misura sostanziale sulla salute, ma sono ancora poco studiati dalla scienza. Il presente documento si concentra pertanto su gruppi da tempo oggetto dell'attenzione della scienza, della politica e della prassi e sui quali esistono già conoscenze sui fattori strutturali basate sull'evidenza che possono essere approfondite in maniera sistematica.

Pubblico a cui si rivolge il rapporto

La presente pubblicazione si rivolge ai responsabili delle strategie e dell'attuazione di uffici federali, organi cantonali, comunali e delle ONG che pianificano, sviluppano e perfezionano progetti e programmi volti ad aumentare le pari opportunità di salute. Queste persone trovano nel rapporto, tra le altre cose, informazioni sugli elementi da considerare per gli interventi, un modello per la pianificazione sistematica degli interventi, una raccolta di misure consolidate e spunti per la definizione dei gruppi di destinatari. Questo rapporto è inoltre inteso come ausilio per le persone che redigono o valutano domande di progetto nel quadro di fondi di promozione. Queste persone trovano fra l'altro evidenze comprovate per approcci d'intervento efficaci e possibili procedure per valutare e spiegare quali gruppi di destinatari presentano più carichi e meno risorse.

A complemento del rapporto viene pubblicato un **breve opuscolo introduttivo orientato alla prassi concernente il tema delle pari opportunità di salute**. All'occorrenza, i contenuti possono essere approfonditi nel presente rapporto, il quale non è dunque concepito come testo introduttivo, bensì come opera di consultazione i cui singoli capitoli hanno lo scopo di rispondere a domande mirate.

⁶ L'acronimo LGBTI sta per persone lesbiche (L = *lesbian*), omosessuali (G = *gay*), bisessuali (B = *bisexual*), transgender (T = *transgender*) e intersessuali (I = *intersexual*).

⁷ Va sottolineato che ad esempio anche le persone con malattie psichiche e disabilità possono essere vittime di considerevoli svantaggi sociali.

Parte 1: Descrizione della situazione

«L'ingiustizia sociale uccide su larga scala.»

Organizzazione mondiale della sanità OMS (CSDH 2008, p. 26) [18]

In questa parte del rapporto vengono innanzitutto spiegati alcuni concetti complessi e ancora un po' vaghi affinché si possa stabilire una comprensione comune e sia utilizzato un vocabolario unitario per parlare di pari opportunità di salute. Sulla base di dati concernenti la salute in Svizzera, illustreremo poi come l'inequità di salute si presenta empiricamente.

Parte 1: Descrizione della situazione

3 Definizioni

Per meglio comprendere la relazione tra disparità sociale e salute, occorre rispondere alle domande seguenti:

- Le società moderne sono molto eterogenee – bisogna considerare tutte le differenze sociali delle disparità potenzialmente problematiche? (capitolo 3.1)
- Per analogia: tutte le differenze a livello di salute sono ugualmente problematiche? (capitolo 3.2)
- Con «svantaggiati» e «vulnerabili» s'intendono gli stessi gruppi? (capitolo 3.3)
- In questo contesto, che cosa significa «pari opportunità di salute», rispettivamente in che cosa si distinguono i concetti di «pari opportunità» ed «eque opportunità»? (capitolo 3.4)

3.1 Disparità sociale

Come tutte le società moderne, anche la Svizzera è contraddistinta da un'elevata diversità sociale. Le differenze linguistiche e religiose hanno da sempre reso la popolazione variegata, che con l'immigrazione e i nuovi stili di vita dalla metà del XX secolo è diventata ancora più eterogenea. Una breve occhiata alla storia dell'umanità evidenzia che l'evoluzione sociale è sempre stata accompagnata da disparità: in tutte le epoche e società ci sono stati potenti e deboli, ricchi e poveri, privilegiati e svantaggiati [36].

Sul rapporto tra differenze e disparità

Le differenze e la disparità sono dunque sempre state parte della nostra società. Come possiamo però distinguere le differenze auspiccate per una società eterogenea dalla disparità problematica? Quando le differenze tra le persone si trasformano in una disparità che mette in difficoltà una società? Gli ambienti scientifici partono dal principio che la disparità si fonda sulle differenze, anche se non ogni differenza è anche una disparità [6, 8]. Prendiamo l'esempio del genere [6]: donne e uomini si distinguono per le differenze biologiche, le quali di per sé non costituiscono (ancora) un elemento di disparità

sociale. Se però le donne, solamente perché tali guadagnano meno per lo stesso lavoro, acquisiscono il diritto di voto solo con grande ritardo e faticano maggiormente ad accedere a posizioni di potere in seno alla società, allora questa differenza biologica diventa una disparità sociale.

La disparità sociale è dunque caratterizzata soprattutto dagli elementi seguenti:

- la disparità sociale è accompagnata da una ripartizione impari di risorse materiali o immateriali considerate rilevanti in una società, come per esempio il livello di reddito, la posizione professionale, l'influenza politica e il riconoscimento sociale [8, 37];
- non si tratta solo di singoli vantaggi o svantaggi limitati nel tempo, bensì di forme sistematiche e durevoli di privilegio e discriminazione [6];
- la disparità sociale determina le condizioni e le prospettive di vita e definisce lo spazio di manovra [6, 36].

Riassumendo, possiamo dire che la disparità sociale equivale alla ripartizione impari di risorse materiali e immateriali in seno a una società (Rathmann & Richter 2016, p. 26) [8]. Essa influisce così in misura determinante anche sulla qualità di vita e sulla salute [23].

Caratteristiche rilevanti per la disparità

Quali sono dunque le caratteristiche sociodemografiche che tipicamente definiscono la nostra posizione in seno alla società e che svolgono quindi un ruolo di spicco nell'insorgenza delle disparità sociali? In altri termini: nella Svizzera odierna, quali sono le persone particolarmente colpite da disparità sociale?

Finora erano soprattutto l'istruzione, il reddito, il patrimonio e la posizione professionale a essere reputati determinanti per la posizione in seno alla società, e dunque il fulcro delle analisi delle disparità. Questi quattro elementi sono chiamati caratteristiche «verticali» della disparità, perché consentono di suddividere la popolazione in un alto e in un basso,

ossia in una struttura gerarchica [8, 38]. In questo modo il livello d'istruzione può essere distinto tra alto o basso e un reddito può essere oggettivamente descritto come alto o basso. Queste quattro caratteristiche sono oggi raggruppate nell'espressione «statuto socioeconomico».

Lo statuto socioeconomico è l'indicatore principale della posizione che una persona riveste nella società. Negli ultimi decenni si è tuttavia sempre più spesso constatato che le disparità sociali e le strutture delle società moderne sono troppo complesse per poter essere descritte e interpretate unicamente sulla base di queste quattro caratteristiche legate al sistema lavorativo [6, 7].

In questo contesto, si è rivelata di particolare importanza la constatazione che la disparità sociale può insorgere anche da caratteristiche «orizzontali» e non esclusivamente da quelle verticali. Le caratteristiche orizzontali sono gli elementi sociodemografici che non possono essere inseriti in un ordine gerarchico, in un alto e in un basso [8], ma che possono favorire od ostacolare l'attribuzione d'importanti risorse come il reddito e il riconoscimento sociale [8]. Nella letteratura scientifica e nelle strategie di politica sanitaria figurano quali importanti caratteristiche orizzontali della disparità soprattutto il genere, la nazionalità o un eventuale passato migratorio e il corrispondente statuto di soggiorno, un'eventuale disabilità, l'orientamento sessuale e l'identità di genere, l'appartenenza religiosa, lo stato di famiglia e la composizione dell'economia domestica, la regione di residenza e l'età [8, 38, 39].

Va tenuto presente che può esservi un cumulo di più caratteristiche rilevanti per la disparità (ad es. l'essere donna, migrante, disoccupata e con un basso livello d'istruzione) che genera svantaggi multipli (cfr. capitolo 7).

Le **disparità sociali** sono oggetto di valutazione sociale, connesse ad una ripartizione impari di risorse materiali e immateriali, e influiscono notevolmente sulle prospettive di vita e quindi anche sulla salute di persone e gruppi. Esse derivano dalle caratteristiche «verticali» e «orizzontali».

3.2 Disparità e iniquità di salute

Analogamente alle differenze sociali, non tutte le differenze di salute tra individui e gruppi di popolazione possono essere definite problematiche. Per questa ragione, l'OMS distingue tra «*health inequalities*» e «*health inequities*» [38], anche se in entrambi i casi si tratta di differenze nello stato di salute e nella ripartizione dei determinanti della salute tra gruppi di popolazione [40].

Le *health inequalities* possono essere ricondotte a differenze biologiche o alla libera scelta di un individuo [2, 41], come le differenze di mobilità tra persone giovani e anziane, il diverso peso alla nascita di maschi e femmine o il maggiore rischio d'infortunio di chi pratica il mountain bike rispetto a chi non pratica questo sport [2, 40, 41]. Sarebbe impossibile o eticamente e moralmente inaccettabile voler cambiare queste differenze nella salute e nella ripartizione dei determinanti della salute [40]. Nel presente rapporto, *health inequalities* è tradotto con «disparità di salute».

Le *health inequities* sono invece riconducibili a condizioni di vita e ambientali esogene che non possono essere modificate o controllate dal singolo individuo [40, 42], derivano da disparità esistenti in seno a una società e rendono determinati gruppi di popolazione più vulnerabili a livello di salute [41, 43]. La ripartizione della morbilità e della mortalità si allinea alle caratteristiche verticali e orizzontali della disparità (cfr. capitolo precedente). Esempi di *health inequities* sono l'insorgenza più frequente di malattie psichiche in minoranze di genere e sessuali (comunità LGBTI) a causa della stigmatizzazione strutturale [44-46], la maggiore prevalenza di sovrappeso nei figli di genitori con un basso livello d'istruzione [47, 48] e la minore speranza di vita delle persone con un reddito inferiore [23]. Come dimostrano questi esempi, le *health inequities* non possono essere imputate a motivi biologici e neppure, o solo parzialmente, alla libera scelta dell'individuo o di un gruppo di popolazione. Per questa ragione, sono definite inutili, evitabili e ingiuste [40, 42, 43]. A differenza delle disparità di salute (*health inequalities*), generano una pressione ad agire a livello di politica

(sanitaria) (Mielck 2005, p. 7) [38] e non possono essere semplicemente accettate dalla società (Egger & Razum 2014, p. 10) [2]. Nel presente rapporto, *health inequities* è tradotto con «iniquità di salute» [cfr. 2].

Le **disparità di salute** possono essere riconducibili tra gli altri a motivi biologici. Le **iniquità di salute** derivano da disparità sociali e sono dovute a condizioni di vita esogene, per questo sono considerate evitabili e ingiuste.

3.3 Vulnerabilità e svantaggio sociale

La letteratura definisce spesso gruppo vulnerabile o svantaggiato quello composto da persone colpite da un maggiore carico di patologie [cfr. 49]. Tuttavia, la definizione di vulnerabilità è sovente piuttosto vaga ed è delimitata solo in modo sfumato dalla nozione di svantaggio, la quale a volte è persino utilizzata come suo sinonimo [cfr. 40].

Cosa significa vulnerabilità a livello di salute?

In linea di principio, con «vulnerabilità a livello di salute» si intende una maggiore predisposizione alle malattie e alla mortalità (precoce) dovuta all'insufficienza di risorse che consentirebbero alla persona di gestire una situazione o una condizione gravosa [50]. Di conseguenza, la vulnerabilità a livello di salute è in genere definita come uno squilibrio tra fattori di rischio e fattori di protezione (UFSP e CDS 2016, p. 58) [51] o come un cumulo di fattori di rischio e una carenza di fattori di protezione (Weber et al. 2016) [52].

La vulnerabilità non è uno stato dicotomico in base al quale le persone sono o non sono vulnerabili, ma va piuttosto intesa come uno spettro. La Croce Rossa Svizzera distingue nel suo lavoro ad esempio tra persone non vulnerabili, vulnerabili in certe situazioni, potenzialmente vulnerabili e altamente vulnerabili [50]. Da ciò si evince che la vulnerabilità non è statica e che la maggior parte delle persone si trova in una situazione di maggiore vulnerabilità nel corso della vita [53]. La durata di questa condizione è va-

riabile: esiste la vulnerabilità situazionale dovuta a una crisi (quindi di breve durata) oppure quella imputabile alle condizioni di vita (quindi perdurante) [51].

Cautela nell'utilizzo di «vulnerabilità»

Il termine «vulnerabilità» descrive caratteristiche che possono rendere persone e gruppi fragili dal punto di vista della salute e ha così il potere di sensibilizzare la politica e di dare avvio all'azione sociale [49]. Al contempo, così una critica di fondo, un'eccessiva focalizzazione sulle persone colpite può indurre a sopravvalutarne le risorse e le possibilità di azione individuali (o anche collettive) e rendere così le persone e i gruppi vulnerabili responsabili della loro maggiore predisposizione alle malattie [29, 49]. Oltre a questo rischio del *victim blaming*, sussiste anche quello di contribuire, con la ricerca di gruppi specifici, alla discriminazione e alla stigmatizzazione dei gruppi identificati come vulnerabili [49], e di assoggettarli a un paternalismo politico-sanitario [53].

La vulnerabilità a livello di salute è dovuta a diverse caratteristiche

Quali fattori e caratteristiche concreti contraddistinguono dunque la vulnerabilità a livello di salute? Se in passato era spiegata innanzitutto in termini biologici, nel corso degli ultimi decenni l'attenzione si è sempre più spostata su aspetti socioculturali, riconosciuti come importanti fattori di vulnerabilità [54].

Dati empirici consentono d'individuare alcune caratteristiche connesse con una maggiore mortalità e morbilità. Dal punto di vista analitico, nel settore sociosanitario si differenzia oggi tra fattori di vulnerabilità individuali e strutturali [50, 54, 55].

- I *fattori individuali* si riferiscono alla singola persona e a una **limitazione individuale** che può portare a una maggiore vulnerabilità. Vi rientrano in particolare fattori *fisici* (ad es. malattia esistente, limitazione o disabilità⁸, gravidanza ed età avanzata), *psichici* (ad es. bassa autoefficacia percepita, malattia psichica, trauma dovuto a violenza e criminalità, assistenza di familiari malati,

⁸ Determinati fattori non sono esclusivamente individuali o strutturali. Una disabilità può ad esempio comportare sia limitazioni individuali che svantaggi strutturali.

genitore con una dipendenza da sostanze), *comportamenti* nocivi per la salute (ad es. fumo, consumo eccessivo di alcol e scarsa attività fisica), ridotta *alfabetizzazione sanitaria e relazioni sociali* deboli [49, 50, 55].

- I *fattori strutturali* si riferiscono invece all'ambiente sociale e alla sua influenza sulle singole persone. La nozione di **svantaggio sociale** evidenzia le ripercussioni sulla salute di una partecipazione insufficiente alle risorse materiali, sociali e culturali quale risultato delle strutture e dei processi attuali di ripartizione e partecipazione [Streich 2009, p. 304] [49]. In altre parole, si tratta del modo in cui le disparità sociali si ripercuotono sulla salute. Sono in particolare le menzionate caratteristiche verticali e orizzontali della disparità a determinare l'accesso alle risorse sociali [49, 50].

Il ruolo decisivo delle sovrapposizioni

Gli effetti cumulativi sono particolarmente importanti: più i fattori di rischio sono presenti, maggiore è il carico complessivo e la predisposizione ad ammalarsi (cfr. capitolo 7). Una maggiore vulnerabilità può insorgere soprattutto quando carichi individuali e strutturali si manifestano in contemporanea e si rafforzano a vicenda [50]. Succede ad esempio quando una persona non dispone di alcuna formazione riconosciuta, è genitore single e vive in Svizzera con uno statuto di soggiorno incerto, oppure quando una persona si isola sempre più, è limitata nella mobilità e vive sulla soglia della povertà [50].

Lo svantaggio sociale quale punto focale del rapporto

In linea di principio, la vulnerabilità a livello di salute richiede misure diverse in base al fatto se sia da ricondurre a una limitazione individuale oppure a uno svantaggio sociale. Ad esempio un giovane che presenta un maggiore rischio di depressione perché socialmente stigmatizzato per il suo orientamento sessuale [44] (= svantaggio sociale) richiede misure diverse di un suo coetaneo a rischio perché presta assistenza emotivamente impegnativa a un membro della famiglia malato (cosiddetti *young carer*) (= limitazione individuale). Considerato che la vulnerabilità a livello di salute dovuta a limitazioni o svantaggi ha origine da situazioni diverse e per questo necessita di misure diverse, si raccomanda di analizzare in modo mirato, ossia separatamente, i processi d'insorgenza e gli interventi basati sull'evidenza. Nella pratica è normale che fattori di vulnerabilità individuali e strutturali si sovrappongano, di conseguenza anche le misure devono essere il frutto di combinazioni.

Il presente rapporto si concentra sulle condizioni strutturali che possono comportare una vulnerabilità a livello di salute. Questa scelta è stata fatta perché nel settore sanitario lo svantaggio sociale è già da anni studiato a livello scientifico, politico e pratico. Al contempo, proprio per questa ragione, si dispone di talmente tanti dati basati sull'evidenza che non è possibile analizzarli tutti sistematicamente.

I gruppi definiti «**vulnerabili**» possono presentare, a causa di fattori individuali o di una combinazione di fattori individuali e strutturali, una maggiore predisposizione ad ammalarsi, rispettivamente un cumulo di fattori di rischio e una carenza di fattori di protezione. I gruppi vulnerabili non sono per forza socialmente svantaggiati. Con l'espressione «**socialmente svantaggiati**» si intendono specificamente le persone e i gruppi di popolazione vittime di disparità sociale o di svantaggi dovuti a fattori strutturali e che di conseguenza presentano spesso una maggiore predisposizione ad ammalarsi. Il presente rapporto è incentrato sulle iniquità di salute e quindi sui gruppi di popolazione socialmente svantaggiati.

Caratteristiche che possono essere collegate allo svantaggio sociale

Nella letteratura, i gruppi di popolazione seguenti vengono definiti più spesso di altri «socialmente svantaggiati»: persone con un basso reddito e un basso livello d'istruzione, persone con rapporti di lavoro precari, familiari di minoranze di genere e sessuali e migranti in situazioni precarie o con insufficiente conoscenza di una lingua nazionale. Anche il genere è una categoria di strutturazione sociale centrale che può portare a svantaggi e quindi avere ripercussioni negative sulle opportunità di salute [29, 36, 49, 50].

Le caratteristiche sociodemografiche sono solo un punto di partenza per la determinazione della vulnerabilità

Studi empirici dimostrano che le caratteristiche appena citate aumentano la probabilità di essere vulnerabili a livello di salute. Queste caratteristiche di per sé non determinano tuttavia tale vulnerabilità [56], proprio come un eventuale passato migratorio da solo non aumenta la predisposizione ad ammalarsi o la mortalità. Decisivi per la vulnerabilità a livello di salute sono piuttosto fattori come *insufficiente conoscenza di una lingua nazionale, integrazione sociale ed economica carente, percorso migratorio difficile o statuto di soggiorno precario*, che il passato migratorio può, ma non deve, comportare. Solo un'analisi più approfondita consente di riconoscere le cause di tale vulnerabilità e di pianificare interventi efficaci. La focalizzazione sui fattori esplicativi invece che sulle caratteristiche sociodemografiche consente inoltre di prevenire la stigmatizzazione di determinati gruppi sociali (cfr. capitolo 9.3).

Excursus sulle risorse e sulla resilienza delle persone socialmente svantaggiate

La succitata definizione di vulnerabilità a livello di salute – squilibrio tra fattori di rischio e fattori di protezione – evidenzia che tutte le persone, anche quelle socialmente svantaggiate, dispongono di risorse. Lo svantaggio sociale non deve dunque essere considerato inevitabile, i gruppi colpiti dispongono anche di capacità d'azione (agentività o *agency* in inglese) e di risorse attivabili [3, 287].

Per una promozione della salute e una prevenzione volte alle pari opportunità è pertanto fondamentale evitare la vittimizzazione focalizzandosi esclusivamente sulla protezione da svantaggi e carichi [3, 288, 289]. Un approccio centrale e complementare consiste nel riallacciarsi alle risorse esistenti in seno a gruppi svantaggiati e di rafforzarle, oppure di trovarne di ulteriori per aumentare la capacità d'azione rilevante ai fini della salute [1, 3, 36, 287]. Il rafforzamento di risorse e capacità d'azione promuove la resilienza sanitaria – ossia la capacità di resistere a condizioni di vita avverse e di gestire efficacemente circostanze gravose (Blaser & Amstad 2016, p. 18) [290].

Questa prospettiva orientata alle risorse si fonda sull'approccio salutogenetico, che non si occupa di quello che fa ammalare la persona bensì di ciò che la mantiene in salute. Dall'odierno punto di vista, la salute è data quando le risorse e i carichi si trovano in equilibrio o quando le risorse sono nel complesso maggiori dei carichi [52]. Le risorse possono avere effetti indiretti e diretti sulla salute [290]:

- grazie alle risorse, una persona può gestire più facilmente carichi nocivi e restare in salute nonostante le circostanze avverse. Le risorse consentono dunque – in una determinata misura – di «attuire» i carichi pregiudizievoli per la salute (effetto indiretto);
- le risorse possono però agire anche direttamente sulla salute: un'elevata autoefficacia percepita, ad esempio, influisce positivamente sulla salute mentale a prescindere da eventuali carichi.

Nelle scienze della salute si parte dal principio che le risorse – proprio come i carichi – possono trovarsi sia all'interno della persona (risorse endogene) sia nel suo ambiente (risorse esogene). Le risorse e i carichi possono essere di natura organica, psichica, sociale e fisico-materiale [52]. Importanti risorse endogene sono tratti della personalità come autoefficienza percepita e senso di coerenza, istruzione e conoscenze come l'alfabetizzazione sanitaria, ma anche competenze professionali e relazionali, nonché possibilità finanziarie. Importanti risorse esogene sono relazioni sociali di sostegno, condizioni di lavoro favorevoli alla salute, un ambiente propizio all'attività fisica e possibilità di partecipazione alla vita sociale. La promozione della salute e la prevenzione volte alle pari opportunità non mirano solo al rafforzamento delle risorse endogene, perché un aumento duraturo delle pari opportunità di salute necessita anche del potenziamento delle risorse esogene, dunque della creazione di condizioni di vita che favoriscono la salute.

3.4 Pari opportunità ed eque opportunità

In tema d'iniquità di salute, per riunire sotto un unico cappello gli obiettivi e le misure, vengono utilizzate due espressioni: pari opportunità di salute ed eque opportunità di salute, anche se la seconda è molto meno diffusa. Nelle priorità di politica sanitaria Sanità2020 [1] del Consiglio federale e nella Strategia nazionale dipendenze [57] si parla infatti esclusivamente di pari opportunità, mentre nella Strategia nazionale sulla prevenzione delle malattie non trasmissibili (Strategia MNT) 2017-2024 [51] e nel relativo piano di misure [39] entrambi i termini sono utilizzati come sinonimi.

Distinzione di fondo tra le due espressioni

Nel presente rapporto, le due espressioni vengono utilizzate con il significato⁹ seguente:

- il tedesco *Gleichheit*, il francese *égalité* e l'inglese *equality* sono i corrispettivi di *parità*, nel senso di *uguaglianza*, ossia di *condizione di cose o persone che siano tra loro identiche, o abbiano le stesse qualità, gli stessi attributi in ordine a determinate relazioni. In particolare, condizione per cui più persone o collettività hanno diritto a essere considerate tutte alla stessa stregua, cioè pari, soprattutto nei diritti politici, sociali ed economici. È dunque una nozione riferita al risultato (avere opportunità e possibilità);*
- con *equità*, *Gerechtigkeit*, *équité*, *equity* si intende invece *l'attitudine dello Stato o della società ad attribuire a ogni persona in ugual misura i suoi diritti e ciò che le spetta*, è dunque una nozione riferita all'*azione* (dare opportunità e possibilità).

Nel settore sanitario, si propone di utilizzare per analogia il concetto di *pari opportunità di salute* per l'obiettivo o il risultato da raggiungere ed *eque opportunità di salute* per il processo e la via da seguire per raggiungere l'obiettivo o il risultato mirato [58-61].

Pari opportunità di salute significa quindi che possibilmente tutte le persone hanno le stesse opportunità di sviluppare, mantenere e recuperare la salute [39]. È tuttavia un fatto empiricamente ben suffragato che non tutti i gruppi di popolazione condividono

la stessa situazione di partenza e che determinate persone incontrano un numero maggiore di ostacoli sul loro cammino verso una buona salute. Assicurare *eque opportunità di salute* significa pertanto creare le condizioni necessarie affinché tutte le persone abbiano effettivamente la possibilità di condurre una vita lunga e sana. In altre parole: le *pari opportunità* sono un obiettivo fondamentale della politica sanitaria e le *eque opportunità* un principio operativo d'attuazione.

Pari opportunità di salute è un obiettivo fondamentale della politica sanitaria che chiede che tutte le persone abbiano le stesse possibilità di sviluppare, mantenere e recuperare la salute. **Eque opportunità di salute** è un principio operativo d'attuazione ed è riferito alla creazione di condizioni che consentano a tutte le persone di condurre una vita sana.

Pari opportunità quale obiettivo fondamentale della politica sanitaria

Pari opportunità di salute non significa che le persone di una società devono essere tutte ugualmente sane. Visti i fattori d'influenza genetici, un simile criterio sarebbe irrealistico. Considerata la libertà di scelta riferita al comportamento, inclusi i suoi effetti sulla salute, il postulato «tutte le persone devono essere ugualmente sane» non sarebbe inoltre compatibile con i valori della responsabilità individuale e dell'autodeterminazione.

Invece dell'uguaglianza nel risultato («salute uguale per tutti»), il concetto delle pari opportunità chiede piuttosto l'uguaglianza di possibilità («*pari opportunità di salute per tutti*») [36, 52]. Un tale postulato accetta che sussistano differenze di salute nella misura in cui ogni individuo goda delle stesse possibilità di migliorare la propria salute [36, 62].

Le pari opportunità così definite – possibilmente tutte le persone hanno le stesse opportunità e possibilità di sviluppare, mantenere e recuperare la salute – corrispondono pertanto a un principio fondamentale della società [6, 63]. Questo principio delle pari opportunità di salute chiede che tra gli elementi dovuti a fattori sociali che influiscono sulla salute ci

⁹ La definizione odierna si fonda su dizionari di punta della lingua italiana (<http://www.treccani.it>), tedesca (<https://www.duden.de/>), francese (<http://www.larousse.fr/>) e inglese (<http://www.merriam-webster.com>).

siano meno differenze possibili dovute a caratteristiche sociodemografiche [6, 15, 51, 63, 64]. Ricordiamo qui che un'abolizione totale delle disparità tra le opportunità di salute è irrealistica, infatti si mira sempre a disparità più contenute possibile [6, 40]. Voci critiche chiedono se le pari opportunità di salute non siano troppo avulse dalla realtà e pertanto inappropriate come obiettivo fondamentale. Secondo questa prospettiva, è possibile raggiungere unicamente opportunità (più) eque. Sebbene sia vero che al momento l'iniquità è grande, il presente rapporto è comunque favorevole a stabilire le pari opportunità come obiettivo, in quanto un obiettivo fondamentale della politica sanitaria dovrebbe coincidere con i principi fondamentali dello Stato ed essere scontato in una società. L'articolo 2 Cost.¹⁰ recita che la Confederazione Svizzera «*provvede ad assicurare quanto possibile pari opportunità ai cittadini*». Una volta sancita nella Costituzione federale, una tale dichiarazione d'intento globale sulla garanzia per quanto possibile di pari opportunità non può essere revocata in determinati ambiti [cfr. 6]. La parità di opportunità possibilmente per tutti i membri della popolazione deve pertanto rimanere un obiettivo fondamentale anche nel settore sanitario. Togliendo il diritto alle pari opportunità dagli obiettivi da raggiungere, si corre il rischio di accettare la disparità di opportunità come «normale» e «inevitabile», fino ad arrivare a non interrogarsi nemmeno più al proposito. Per le persone socialmente svantaggiate non si mirerebbe più ad assicurare opportunità per quanto possibile pari, bensì opportunità nella sostanza inferiori eppure, a fronte della situazione di svantaggio, considerate eque. Ma a partire da che punto, a livello di obiettivo, le opportunità sarebbero da considerare eque? Più direttamente: quando le possibilità in materia di salute che discriminano le persone socialmente svantaggiate sarebbero da definire «eque (a sufficienza)»? Operazionalizzare e argomentare a difesa di tali «eque opportunità» quale obiettivo fondamentale sarebbe una sfida etico-morale impossibile. Per tutte queste ragioni, le pari opportunità devono rimanere un faro a cui orientarsi di continuo, anche se in termini assoluti paiono fuori portata.

Eque opportunità quale principio operativo d'attuazione

In seno al sistema sanitario, assicurare eque opportunità significa creare le condizioni necessarie affinché tutte le persone possano sviluppare, mantenere e se necessario recuperare la salute. Promozione della salute, prevenzione e assistenza sanitaria sono eque se contribuiscono a ripartire le possibilità e le risorse in seno alla popolazione in maniera non discriminatoria. In questo modo si rispetta quello che la Costituzione federale della Confederazione Svizzera e l'obiettivo delle pari opportunità di salute postulano come pretesa.

Come si può tuttavia valutare se determinate persone hanno possibilità limitate di condurre una vita sana a causa di uno svantaggio sociale? Una questione senz'altro controversa [17]. Sono dunque processi negoziali sociali a definire in primis quando le possibilità di salute sono limitate in modo iniquo [58]. Le eque opportunità sono di conseguenza un concetto etico-normativo. Dal punto di vista della politica sanitaria, urge intervenire soprattutto quando a) interi gruppi di popolazione sono esposti in misura eccessiva a rischi per la salute (disparità sistematica) e b) un migliore stato di salute non può (o solo a fatica) essere raggiunto soltanto con uno stile di vita sano e autoresponsabile, il che significa che la posizione nella società è determinante per il peggiore stato di salute [17, 65].

Assicurare eque opportunità significa da un lato fare in modo che le misure universali, quindi non specifiche per singoli gruppi, equivalgano alla diversità dell'intera popolazione. D'altro canto, può voler anche dire sviluppare e attuare misure specifiche per gruppi svantaggiati, se necessario. Per essere efficaci, in entrambi i casi le misure devono avere ben presenti le cause dell'iniquità di salute e orientarsi (anche) alla situazione di partenza e ai bisogni delle persone socialmente svantaggiate [60, 66]. Le diverse situazioni di partenza dei vari gruppi di popolazione e la necessità di misure specifiche possono essere illustrate con la metafora dei corridoi [cfr. 59, 67].

¹⁰ <https://www.admin.ch/opc/it/classified-compilation/19995395/index.html> (consultato il 14 gennaio 2019).

Su una pista ovale, i corridori sulla corsia interna devono percorrere una distanza inferiore se la gara prevede un giro completo. Se tutti i corridori partisero alla stessa altezza, quelli della corsia esterna avrebbero uno svantaggio strutturale (cfr. figura 2). Per compensare tale svantaggio, e creare condizioni eque, i blocchi di partenza devono essere disposti in modo scalare (cfr. figura 3). Con questa misura, si creano le condizioni affinché tutti i corridori abbiano le stesse possibilità di vincere la gara.

Allo stesso modo differiscono le situazioni di partenza rilevanti per la salute delle persone. Rispetto agli individui privilegiati, quelli socialmente svantaggiati incontrano maggiori difficoltà sociali, poli-

tiche ed economiche sul loro cammino verso una buona salute (la loro corsia è più lunga). Servono pertanto misure adeguate alle situazioni di partenza e ai bisogni. In linea con il concetto di equità descritto in precedenza, devono essere garantite le condizioni necessarie affinché tutte le persone abbiano possibilmente le stesse opportunità di condurre una vita sana. Ciò include da un lato una ripartizione non discriminatoria delle risorse rilevanti per la salute e dall'altro la riduzione dei carichi rilevanti per la salute che gravano sulle persone svantaggiate (cfr. excursus sulle risorse e sulla resilienza, capitolo 3.3).

FIGURA 2

Mancata considerazione delle diverse condizioni sull'esempio dei corridori [67]

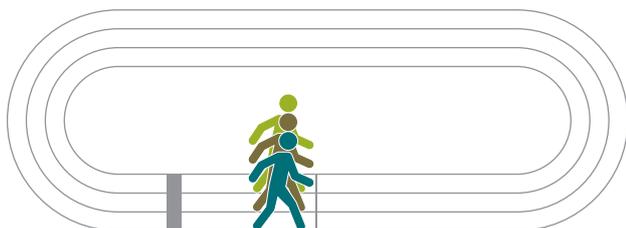
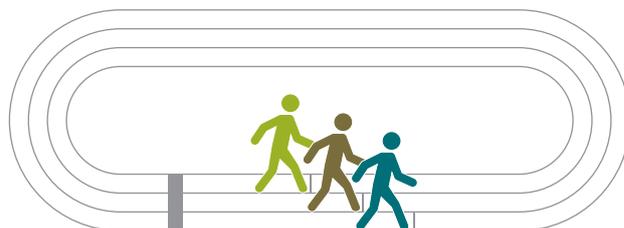


FIGURA 3

Considerazione delle diverse condizioni sull'esempio dei corridori [67]



Parte 1: Descrizione della situazione

4 Come si manifesta l'iniquità di salute?

Il presente capitolo fa luce sulla relazione empirica fra disparità sociale e salute. All'inizio viene esposto l'attuale stato delle conoscenze in materia d'iniquità di salute dopodiché, con l'ausilio di dati svizzeri, sono illustrati gli indicatori che consentono di descriverla.

4.1 Panoramica dello stato attuale delle conoscenze

Da quando oltre dieci anni fa la Commissione dell'OMS sui determinanti sociali della salute (CSDH, dall'inglese Commission on Social Determinants of Health) ha pubblicato il suo rapporto pionieristico [18], l'iniquità di salute è stata oggetto di un'intensa attività di ricerca in Svizzera e a livello mondiale. Secondo i risultati empirici attuali, **l'iniquità di salute...**

- **... è presente in tutti i Paesi:** in tutti i Paesi di cui si dispongono dati, la mortalità precoce e la speranza di vita differiscono tra i vari gruppi sociali [8, 31];
- **... riguarda quasi tutte le malattie:** in quasi tutte le malattie e disabilità, e dunque anche nell'aspettativa di vita in buona salute, si riscontrano differenze dovute a fattori sociali [8, 31, 68]. Malattie e disabilità sono pertanto più frequenti nelle situazioni di svantaggio sociale, salvo poche eccezioni, come il cancro al seno e l'asma, la cui frequenza aumenta con lo status sociale [31, 32];
- **... concerne tutte le fasce d'età:** già dai bambini e dagli adolescenti fino ad arrivare agli anziani si constatano differenze dovute a fattori sociali [8, 69]. I bambini e gli adolescenti sembrano essere particolarmente vulnerabili, una condizione che può essere spiegata con la dipendenza

da genitori e persone di riferimento e con l'importanza cruciale dei primi anni di vita per il loro sviluppo [68]. Pure in età avanzata la morbilità e la mortalità sono ripartite in modo socialmente impari [8, 70-73];

- **... è determinata dal percorso di vita:** carichi e svantaggi nei primi anni di vita influiscono negativamente sulla salute degli anni successivi. Anche la loro durata è decisiva: l'iniquità di salute subita nelle prime fasi della vita in genere persiste durante l'invecchiamento. Carichi e svantaggi perduranti acquisiscono sovente l'iniquità di salute nel corso della vita [8, 70-73];
- **... è connessa con diverse caratteristiche rilevanti per la disparità:** differenze a livello di reddito, patrimonio, istruzione e posizione professionale, e caratteristiche come il genere e il passato migratorio (cfr. capitolo 3.1) possono essere all'origine di svantaggi sociali e di conseguenza ripercuotersi sulle opportunità e sui rischi legati alla salute [29, 36, 58];
- **... è stabile o addirittura si acuisce:** negli ultimi decenni l'iniquità di salute è tendenzialmente aumentata per quanto concerne la mortalità [8, 31], mentre è rimasta piuttosto stabile per ciò che riguarda la morbilità. Esistono tuttavia studi che constatano un incremento pure in quest'ultimo ambito [3, 5, 8, 31];
- **... segue un gradiente sociale:** di regola sussiste una relazione lineare tra la posizione sociale di una persona e la sua salute: più alta è la posizione sociale migliore è la salute. Espresso in termini negativi: maggiore è lo svantaggio sociale, più frequenti sono la mortalità precoce e la prevalenza di malattia. Questa relazione è denominata il «gradiente sociale della salute» secondo Marmot e Wilkinson [74].

4.2 Dati svizzeri riguardanti determinati indicatori di salute

La disparità sociale può ripercuotersi in molti modi sulla salute. Allo stesso modo, sussistono differenze sistematiche e dovute a fattori sociali in tutti gli indicatori di salute rilevanti, in particolare:

- mortalità;
- frequenza di malattie (morbilità);
- comportamento in materia di salute e alfabetizzazione sanitaria;
- accessibilità, utilizzo e qualità delle offerte del settore sanitario (promozione della salute, prevenzione e assistenza sanitaria).

Una panoramica attuale dell'iniquità di salute in Svizzera si trova in Boes et al. [75], UFSP [76] e Spiess e Schnyder-Walser [77]. A titolo illustrativo, presentiamo qui alcuni loro risultati.

La minore speranza di vita e il maggiore rischio di mortalità sono particolarmente ben documentati nei gruppi socialmente svantaggiati. Dati riguardanti la città di Berna mostrano ad esempio che gli uomini che abitano nel quartiere socialmente più debole di Bümpliz hanno una speranza di vita di cinque anni inferiore rispetto agli uomini che risiedono in quello più benestante, ovvero Kirchenfeld [76, 77]. Anche la mortalità tra i 15-35enni a causa di infortuni e suicidi è in Svizzera strettamente correlata con l'istruzione e l'integrazione sul mercato del lavoro: un giovane adulto che ha unicamente concluso le scuole dell'obbligo corre un rischio doppio di morire rispetto a un coetaneo con una formazione terziaria. Allo stesso modo la disoccupazione raddoppia il rischio di morte tra i giovani in Svizzera. Considerato che i fattori di rischio sociali spesso si sommano, i giovani adulti più vulnerabili presentano un rischio di suicidio fino a 100 volte superiore rispetto ai coetanei più privilegiati [78].

Studi svizzeri documentano anche nelle **malattie e limitazioni funzionali** numerosi esempi d'iniquità [79]. Essi riguardano la percezione soggettiva della salute, la prevalenza di malattie non trasmissibili come il diabete e le patologie cardiocircolatorie, la frequenza di malattie psichiche come le depressioni e pure i fattori di rischio come il sovrappeso/l'obesità e l'esposizione allo stress [77, 79]. In riferimento ai bambini socialmente svantaggiati, i dati svizzeri rivelano nello specifico una maggiore prevalenza di

sovrappeso e obesità, carie, disturbi alimentari, psichici e dello sviluppo (emotivo, del linguaggio e cognitivo), un maggiore rischio d'infortunio e prime esperienze precoci e più frequenti di dipendenza [79]. I giovani uomini omosessuali presentano inoltre un rischio da una a cinque volte superiore di depressione e tentativi di suicidio rispetto ai giovani eterosessuali [80-82].

Anche il **comportamento in materia di salute** è determinato da fattori sociali e spesso segue un gradiente sociale. Le persone con un basso livello d'istruzione e un basso reddito danno seguito più raramente alle raccomandazioni di praticare attività fisica rispetto a quelle con una formazione terziaria e un reddito elevato [77, 83]. Gli individui socialmente svantaggiati dedicano inoltre più tempo ai giochi online e, considerati a livello di gruppo, presentano un comportamento alimentare meno sano rispetto alle persone socialmente privilegiate [77].

La correlazione tra consumo di tabacco o alcol e reddito non segue invece alcun gradiente sociale puro, anzi, vi si contrappone. Per quanto concerne il consumo di tabacco in Svizzera, il dato è più basso tra i gruppi più poveri, raggiunge il massimo tra chi ha un reddito medio per poi calare nuovamente tra le fasce più ricche della popolazione [75]. Nel passato recente, le persone con il reddito più alto hanno ridotto il loro consumo di tabacco in misura più sensibile rispetto ai gruppi di popolazione a basso reddito [76]. Per quanto riguarda l'alcol, si nota persino che le persone con un reddito elevato presentano un consumo a rischio più frequentemente dei gruppi con un reddito più basso [75]. Al contempo, sussiste un'interdipendenza tra disoccupazione e consumo cronico di alcol. Il rischio di morire di malattie o incidenti legati al consumo di alcol è inoltre particolarmente elevato nelle persone con un reddito e un livello d'istruzione bassi [76]. Benché il quadro del consumo di alcol e tabacco sia complesso, si può affermare che i rischi per la salute connessi con il comportamento sono nettamente maggiori per i gruppi a basso reddito rispetto a quelli con un reddito elevato [75].

Il consumo di sostanze illegali è più diffuso tra le persone omosessuali e bisessuali rispetto a quelle eterosessuali, quello di tabacco è invece solo leggermente superiore e quello di alcol è nuovamente più eterogeneo. Le donne omosessuali hanno molto più spesso della popolazione femminile complessi-

va un consumo a rischio, tra i giovani uomini eterosessuali e omosessuali non si constatano invece differenze nette [44].

I comportamenti a rischio si spiegano con il fatto che le persone socialmente svantaggiate spesso hanno un **minore grado di alfabetizzazione sanitaria**¹¹. In Svizzera, la quota di persone con un basso grado di alfabetizzazione sanitaria è elevata soprattutto tra i gruppi seguenti: persone che vivono in condizioni finanziarie modeste, persone con un basso livello d'istruzione, fasce della popolazione migrante [84]. Infine, sussistono differenze anche per quanto riguarda **l'accessibilità, la qualità e l'utilizzo delle offerte sanitarie**. Dati dalla Svizzera e altri Paesi europei evidenziano qui un doppio problema: le persone con uno statuto socioeconomico basso hanno maggiore necessità di prestazioni mediche per via della più elevata frequenza di malattie, ma ne usufruiscono meno spesso rispetto alle persone più benestanti [76, 77, 85]. In particolare delle prestazioni di specialisti, dentisti e, seppure in misura meno marcata, dei ricoveri in ospedale e delle visite presso il medico di famiglia. Questo fenomeno si spiega con il fatto che le persone con un basso livello d'istruzione non conoscono abbastanza il funzionamento del sistema sanitario e che rinunciano più spesso a prestazioni mediche per ragioni finanziarie [79]. Un altro motivo è che le offerte esistenti non considerano a sufficienza la situazione e i bisogni delle persone socialmente svantaggiate (cfr. capitolo 6.4.2).

¹¹ La nozione di alfabetizzazione sanitaria è spiegata al capitolo 6.4.2.

Parte 2: Analisi delle cause

«If you want to understand why health is distributed the way it is, you have to understand society.»

Michael Marmot (2015, p. 7) [19]

Per sviluppare soluzioni efficaci occorre innanzitutto conoscere l'origine del problema. Questo capitolo approfondisce dunque l'insorgenza dell'iniquità di salute affinché possano poi esserne tratti approcci d'intervento efficaci.

Il presente capitolo è così composto:

1. inizialmente vengono delineati i fattori d'influenza e le premesse al centro del dibattito scientifico sull'iniquità di salute **(capitolo 5)**;
2. dopodiché, si tenta di spiegare l'insorgenza dell'iniquità di salute. A tale scopo, viene introdotto un modello grafico che illustra le ripercussioni concrete della disparità sociale sulla salute **(capitolo 6)**;
3. infine, si volge lo sguardo sulle situazioni di svantaggio aggravate che si manifestano quando le diverse caratteristiche rilevanti per la disparità si sovrappongono e danno origine a effetti cumulativi (intersezionalità) **(capitolo 7)**.

Parte 2: Analisi delle cause

5 Osservazioni preliminari

Nel corso degli ultimi decenni, l'insorgenza dell'inequità di salute è stata spiegata in vari modi¹². Di seguito sono descritti i principali fattori discussi oggi ed esposte riflessioni sulle interazioni tra salute e posizione sociale di una persona.

5.1 La svolta nel dibattito scientifico

Negli ultimi anni e decenni abbiamo raggiunto una svolta decisiva nello spiegare la salute e l'inequità di salute [cfr. 68]: la salute dell'individuo e di una popolazione oggi non è più imputata esclusivamente a fattori biomedici e legati al comportamento; in primo piano ci sono piuttosto le condizioni in cui le persone crescono, lavorano e vivono [8]. Tali *determinanti sociali della salute* acquisiscono particolare importanza quando si tratta di spiegare perché la ripartizione di salute e malattia segue gli schemi dello svantaggio sociale.

Gli aspetti relazionali assumono dunque maggior peso rispetto a quelli comportamentali. Al contempo, le cause dirette delle malattie come il fumo e l'insufficiente attività fisica passano in secondo piano e l'attenzione si focalizza sulle «cause delle cause» [3, 19], ossia sulla posizione sociale e sulle condizioni concrete di vita e di lavoro che a loro volta determinano il comportamento in materia di salute [3, 18].

La salute e la malattia sono così viepiù considerate prodotti dell'organizzazione politica, economica e sociale delle società [Rathmann & Richter 2016, p. 42] [8]. Punto di partenza per l'analisi dell'inequità di salute sono dunque la struttura e il funzionamento della società visto che, riprendendo la citazione in testa al capitolo, per capire perché la salute è ripartita in questo modo occorre capire la società¹³ (Marmot 2015, p. 7) [19]. Questo è proprio quello che fanno i modelli medico-sociologici: cercano di rappresentare graficamente come le posizioni sociali e le condizioni di vita impari si sviluppano in una società e come queste sfocino nell'inequità di salute (cfr. capitolo 6).

L'OMS definisce i **determinanti sociali della salute** (in inglese: *social determinants of health*) come le condizioni in cui le persone nascono, vivono, lavorano e invecchiano (OMS 2018) [43]. Tra di essi rientra anche il sistema sanitario. Non esiste un elenco conclusivo e generalmente accettato dei determinanti sociali della salute, perché tutte le influenze non genetiche e non biologiche potrebbero essere considerate tali [7, 68]. Tra quelli discussi più di frequente rientrano il reddito, l'istruzione, la situazione abitativa e lavorativa, l'inclusione sociale e le esperienze di discriminazione [cfr. 98].

¹² Per una panoramica degli approcci esplicativi nel tempo cfr. [6, 23, 284, 285].

¹³ Citazione in lingua originale: «If you want to understand why health is distributed the way it is, you have to understand society» (Marmot 2015, p. 7) [19].

5.2 È la posizione sociale a influire sulla salute o è la salute a determinare la posizione sociale?

La definizione precisa della correlazione tra posizione sociale¹⁴ e salute di una persona continua a costituire una grande sfida [8, 86]. La mancanza di una spiegazione inequivocabile è dovuta alla grande complessità delle interazioni tra svantaggio sociale e salute (questione della direzione della causalità). La domanda è: la povertà è davvero la causa di una salute peggiore? O è piuttosto una salute peggiore a causare la povertà?

Nella ricerca, queste due prospettive sono chiamate *causazione* e *selezione* [8, 73]:

- la prospettiva della *causazione* afferma che lo svantaggio sociale è nocivo per la salute, ad esempio perché si ripercuote negativamente sulle condizioni di vita, sul comportamento e sui carichi psicosociali di una persona e di conseguenza anche sulla sua salute (cfr. capitolo 6.4.2). Riprendendo la domanda soprastante: «la povertà fa ammalare»;
- viceversa, la prospettiva della *selezione* parte dal presupposto che sia la salute di una persona a influire sulla sua posizione sociale. Una persona malata è ad esempio più difficile da integrare nel mondo del lavoro rispetto a una sana. Dunque: «la malattia rende poveri».

Le due prospettive non si escludono a vicenda, possono anzi integrarsi [73]. Un «doppio sguardo» sulla correlazione tra disparità sociale e salute aumenta ad esempio la nostra consapevolezza di un grave circolo vizioso: secondo la *causazione*, le persone con uno statuto socioeconomico basso corrono maggiori rischi di sviluppare una malattia psichica, la quale, secondo la *selezione*, riduce la capacità lavorativa e fa ulteriormente calare lo statuto socioeconomico, condizione che a sua volta aggrava la salute mentale [87].

Benché entrambe siano empiricamente dimostrabili [4], oggi è attribuito più peso alla *causazione* che alla *selezione*, si presuppone infatti che le nostre condizioni di vita influiscano maggiormente sulla salute che non viceversa. La prospettiva della *causazione* spiega dunque molto meglio la relazione tra disparità sociale e salute che quella della *selezione* [8, 23].

¹⁴ Posizione che una persona occupa nella società (cfr. capitolo 6.3).

Parte 2: Analisi delle cause

6 Modello esplicativo dell'iniquità di salute

Negli ultimi decenni sono stati sviluppati numerosi modelli grafici per rendere meglio comprensibile il complesso effetto dei fattori sociali sulla salute. Il modello utilizzato nel presente rapporto corrisponde essenzialmente a quello dell'OMS [18, 73], completato con alcune distinzioni proposte da Mielck [64] in seguito integrate nei modelli svizzeri [6, 23, 32, 36].

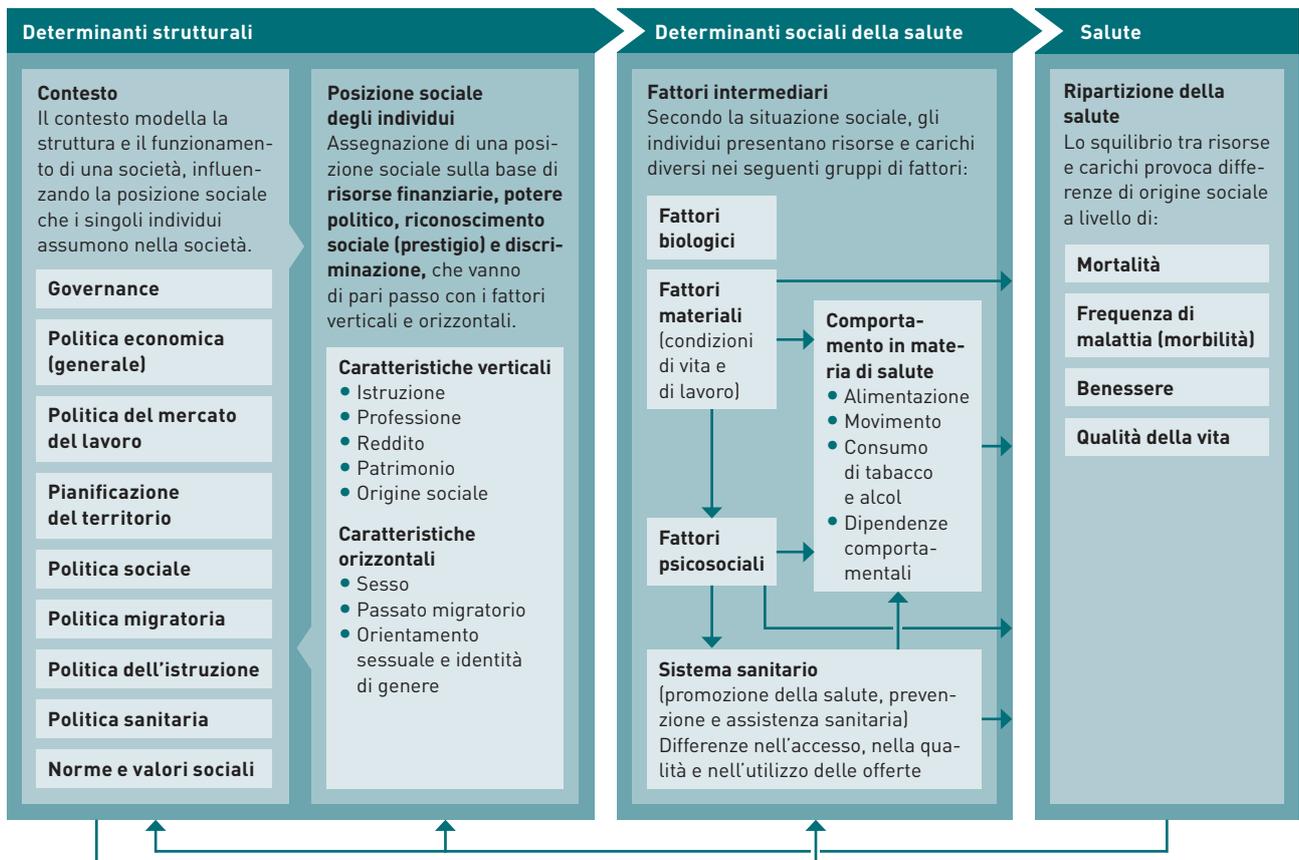
6.1 Il modello e i blocchi di determinanti

Per comprendere la relazione tra disparità sociale e salute, il modello utilizzato nel presente rapporto distingue le seguenti quattro componenti fondamentali (cfr. figura 4):

1. il contesto (le condizioni quadro socioeconomiche, politiche, culturali, giuridiche e tecnologiche);

FIGURA 4

Modello esplicativo dell'iniquità di salute



Nel modello sono state illustrate soltanto le interazioni che determinano l'iniquità di salute. Ve ne sono inoltre numerose altre (ad es. tra i fattori biologici e il comportamento sanitario o, in senso opposto, tra quest'ultimo e i fattori psicosociali).

Fonte: rappresentazione propria fondata su CSDH (2008) [18] e Mielck (2000) [64]

2. la posizione sociale di una persona;
3. i fattori intermediari (corrispondenti ai determinanti sociali della salute);
4. la ripartizione di salute e malattia nella società.

Questi quattro blocchi di determinanti si influenzano a vicenda. Il modello va letto da sinistra verso destra e ogni blocco costituisce la premessa per quello successivo.

Il blocco 1, composto dal contesto sociale, include la politica economica, sociale e sanitaria, nonché le norme e i valori di una società. Esso influisce sulla struttura di quest'ultima, ossia sulla posizione che gli individui occupano nella società (blocco 2). Secondo il contesto, una persona ha una posizione sociale più alta o più bassa, risultando quindi privilegiata o svantaggiata rispetto ad altri membri della società.

La posizione sociale è a sua volta determinante per i carichi concreti a cui la persona è esposta e per le risorse di cui dispone (blocco 3). In generale, le persone socialmente svantaggiate presentano più carichi e minori risorse, con ripercussioni concrete sulla salute. E così insorge l'iniquità di salute, empiricamente ben documentata (blocco 4).

Le caratteristiche sociodemografiche solo raramente hanno un effetto diretto sulla salute, piuttosto agiscono per il tramite dei fattori intermediari, come dimostra questo esempio: un reddito elevato non ci rende automaticamente più sani, però di norma comporta migliori condizioni abitative e di vita, maggiori possibilità di partecipazione sociale e più ampi spazi di manovra. Tutto questo crea un rapporto positivo tra risorse e carichi, e di conseguenza una salute migliore rispetto alle persone a basso reddito.

I singoli blocchi, o determinanti fondamentali, vengono approfonditi di seguito.

6.2 Contesto (blocco 1)

Il contesto influisce sulla posizione sociale...

Il contesto influisce direttamente sul blocco 2 del modello, quello della posizione sociale, come illustra l'esempio dei valori e delle norme sociali. In una società eteronormativa, ossia che considera «normale» e auspicabile l'eterosessualità, le persone che divergono dalla norma eterosessuale rischiano di essere discriminate e svantaggiate dal punto di vista sociale, giuridico ed economico. Tale discriminazione spinge i membri della comunità LGBTI in una posizione di svantaggio sociale. Un secondo esempio riguarda il mercato del lavoro: le disparità salariali legate al genere possono comportare per le donne una posizione socioeconomica inferiore.

... e sui fattori intermediari...

Tramite la posizione sociale, il contesto agisce *indirettamente* sul blocco 3, quello dei fattori intermediari. Può comunque influire anche *direttamente* su di essi, ad esempio sulle condizioni di lavoro e abitative, e sui comportamenti. La politica di pianificazione del territorio o i disciplinamenti giuridici come le legislazioni in materia di alcol e tabacco definiscono ad esempio i possibili stili di vita e comportamenti rilevanti per la salute [32].

... ed è a sua volta determinato dalla società e dinamico

Va tenuto presente che il contesto è influenzabile e dinamico. Da un lato, è determinato dalla società: la politica sociale e il sistema educativo sono ad esem-

FIGURA 5

Blocco 1: contesto

Contesto

Il contesto modella la struttura e il funzionamento di una società, influenzando la posizione sociale che i singoli individui assumono nella società.

pio i risultati di processi negoziali sociali [7]. D'altro canto, anche la salute di una popolazione può avere un'influenza sul contesto. Prendiamo malattie diffuse che presentano caratteristiche simili a un'epidemia, come il mal di schiena o la depressione: se raggiungono tassi di prevalenza elevati, possono causare un sensibile calo della produttività nazionale e una penuria di personale qualificato [73].

Nel suo senso più ampio, il **contesto** «include tutti i meccanismi sociali e politici che generano, strutturano e mantengono le gerarchie sociali» [73]. Vi rientrano le forme di governo, il mercato del lavoro, il sistema educativo, la politica sanitaria e i valori sociali. Nell'ottica della salute e dell'inequità di salute sono particolarmente rilevanti anche la politica sociale, lo Stato assistenziale e la sua politica di redistribuzione (o la loro mancanza) [73].

6.3 Posizione sociale (blocco 2)

Punto cardine nel modello, e punto chiave per la spiegazione dell'inequità di salute, è la posizione sociale di un individuo [7, 32].

FIGURA 6

Blocco 2: posizione sociale

Posizione sociale degli individui

Assegnazione di una posizione sociale sulla base di **risorse finanziarie, potere politico, riconoscimento sociale (prestigio) e discriminazione**, che vanno di pari passo con i fattori verticali e orizzontali.

Caratteristiche verticali

- Istruzione
- Professione
- Reddito
- Patrimonio
- Origine sociale

Caratteristiche orizzontali

- Sesso
- Passato migratorio
- Orientamento sessuale e identità di genere

La posizione sociale è determinata da caratteristiche verticali e orizzontali della disparità

La posizione sociale è determinata dal contesto sociale. Secondo la politica del mercato del lavoro e sociale o le norme sociali, le persone dispongono in misura diversa di risorse economiche, potere politico e riconoscimento sociale. Ricordiamo qui a titolo di esempio la discriminazione dei membri della comunità LGBTI e le disparità salariali legate al genere esposte al capitolo precedente.

La dotazione di risorse, potere e riconoscimento è strettamente correlata alle caratteristiche rilevanti per la disparità trattate al capitolo 3.1 [6, 73]. Sulla linea verticale, tra gli aspetti più importanti per la posizione sociale figurano il reddito, il patrimonio, l'istruzione e la posizione professionale, su quella orizzontale il genere, un eventuale passato migratorio nonché l'orientamento sessuale e l'identità di genere¹⁵.

La posizione sociale è il risultato di una combinazione di caratteristiche verticali e orizzontali: una persona infatti non è solo uomo o donna, è anche più o meno istruita, benestante o povera, omosessuale o eterosessuale (cfr. capitolo 7).

La posizione sociale determina le risorse e i carichi in materia di salute e può essere a sua volta determinata dalla salute

La posizione sociale ha una valenza centrale perché determina la misura delle risorse e dei carichi in materia di salute di una persona [73]. In genere, le persone socialmente svantaggiate hanno molti carichi e poche risorse, una condizione che si ripercuote in modo concreto e sostanziale sulla loro salute (cfr. capitolo 6.4).

Le malattie e le limitazioni possono a loro volta ripercuotersi sulla posizione sociale (cfr. capitolo 5.2). Le malattie psichiche rendono ad esempio difficile la permanenza o la reintegrazione sul mercato del lavoro, mentre determinate patologie (come l'HIV/AIDS) e disabilità possono essere oggetto di stigmatizzazione e discriminazione, le quali influiscono anch'esse sfavorevolmente sulla posizione sociale.

¹⁵ La posizione sociale è spesso trasmessa dai genitori [7]. Per l'inequità di salute tra i bambini e gli adolescenti è dunque importante tenere conto della loro origine sociale (istruzione e reddito dei genitori).

La **posizione sociale** si riferisce alla posizione che una persona assume nella società. In altre parole, la posizione sociale mostra se una persona è svantaggiata o privilegiata rispetto ad altri membri della società [7, 8].

6.4 Fattori intermediari (blocco 3)

I primi due blocchi del modello spiegano la posizione che le persone occupano nella società, rispettivamente l'insorgenza della disparità sociale. Il blocco 3 presenta in termini concreti come la posizione sociale e la disparità sociale si ripercuotono sulla salute.

Che cosa sono i fattori intermediari?

Le influenze sulla salute connesse con la posizione sociale sono talmente variegate che è difficile analizzarle tutte nel dettaglio. In generale, oggi l'iniquità di salute viene sostanzialmente spiegata in funzione dei seguenti gruppi di fattori¹⁶ [5, 8, 31, 73].

- **Fattori materiali-strutturali:** in particolare le risorse finanziarie, rispettivamente il margine di manovra finanziario, le condizioni abitative, di vita e lavorative nonché le influenze dell'ambiente naturale (rumore, inquinamento dell'aria, accesso a spazi di svago).
- **Fattori psicosociali:** i diversi carichi e risorse sul piano psicosociale, tra cui eventi critici, la rete e il sostegno sociale, lo statuto sociale percepito e lo stress dovuto a carichi quotidiani e discriminazione. Anche le conoscenze e le competenze, la resilienza individuale nonché le risorse endogene come l'autoefficienza percepita e l'ottimismo sono fattori psicosociali fondamentali.

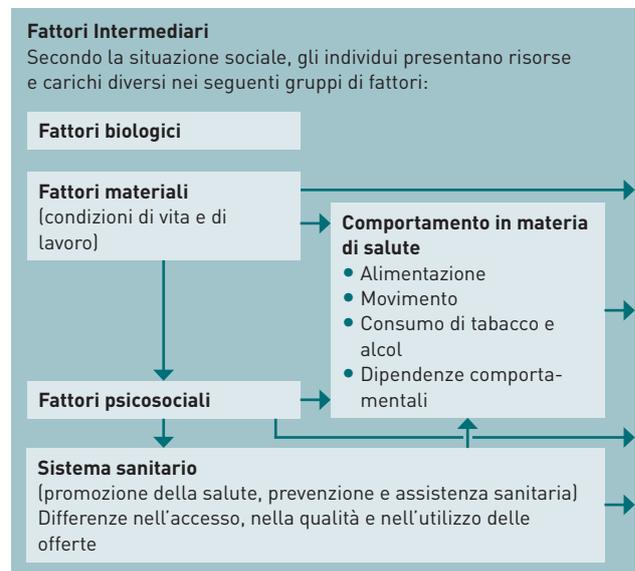
- **Fattori socioculturali legati al comportamento:** la consapevolezza della salute e i comportamenti rilevanti per la salute come l'alimentazione e l'attività fisica, il consumo di tabacco e alcol e il ricorso alle visite preventive (ad es. screening oncologico).

Il **sistema sanitario** è considerato un determinante a parte [73] e include la promozione della salute, la prevenzione e l'assistenza sanitaria. Le differenze centrali sono a livello d'*accesso*, *qualità delle offerte* e *utilizzo* delle prestazioni [32, 88, 89].

Questi gruppi di fattori non esistono uno a prescindere dall'altro, sono tutti interconnessi. I fattori psicosociali sono ad esempio di regola strettamente legati alle condizioni di lavoro, abitative e di vita di una persona.

FIGURA 7

Blocco 3: fattori intermediari



¹⁶ Il vantaggio del modello risiede nella rappresentazione di una fattispecie complessa, anche se si tratta di una semplificazione (necessaria). L'obiettivo del modello è spiegare le differenze di salute dovute a fattori sociali. Poiché sono particolarmente importanti, gli aspetti materiali-strutturali rivestono una posizione di primo piano, mentre i fattori biologici ed ecologici sono perlopiù esclusi [cfr. 6].

L'iniquità di salute può in gran parte essere spiegata con i fattori citati, in particolare però, questa la conclusione di una revisione sistematica [31], con le differenze tra fattori materiali-strutturali, i quali influiscono sulla salute in modo diretto e indiretto. Le condizioni di vita caratterizzano in misura determinante i fattori psicosociali come i carichi quotidiani e i comportamenti rilevanti per la salute. I fattori materiali sono quindi di particolare importanza nell'analisi e nella prevenzione delle iniquità di salute. Nel modello, i fattori comportamentali sono di conseguenza susseguenti a quelli materiali-strutturali e psicosociali.

I fattori intermediari corrispondono essenzialmente ai determinanti sociali della salute (cfr. capitolo 5.1). Nel presente rapporto, **fattori intermediari e determinanti sociali della salute** sono utilizzati come sinonimi [cfr. 73].

Come agiscono di preciso sulla salute i fattori intermediari?

Le persone socialmente svantaggiate hanno di norma più carichi e meno risorse nei gruppi di fattori citati, un bilancio negativo che può ripercuotersi sulla salute, considerato che quest'ultima è data dal rapporto tra carichi e risorse [cfr. 52]. Se per un periodo prolungato i carichi prevalgono sulle risorse, il rischio di ammalarsi aumenta, se invece dispone delle risorse necessarie per compensare i carichi, una persona può proteggere o migliorare la propria salute [cfr. 52].

Di conseguenza, i fattori intermediari sono all'origine delle differenze dovute a fattori sociali in materia di salute e mortalità [8, 18, 32, 36, 38, 73]. In concreto, come agiscono questi fattori sulla salute, rispettivamente sulla ripartizione di carichi e risorse? Di seguito vengono illustrate alcune *relazioni di causa-effetto* empiricamente ben documentate [cfr. 23, 38, 88].

Sul piano dei **fattori materiali-strutturali**, è dimostrato che tra le altre cose la povertà finanziaria e condizioni di lavoro precarie aggravano i problemi di salute. La *povertà finanziaria* si ripercuote negativamente sulla salute in vari modi: la maggiore prevalenza di sovrappeso tra le persone svantaggiate, ad

esempio, è riconducibile fra l'altro a ostacoli economici poiché gli alimenti sani ed equilibrati sono spesso più costosi di quelli più calorici e malsani [6]. L'incremento del rischio di malattie psichiche e fisiche può essere anche dovuto a *condizioni di lavoro precarie*, come lavori fisicamente pesanti, attività in luoghi esposti al rumore e ai gas di scarico, compiti monotoni, scarse possibilità di partecipazione decisionale e organizzativa, impegno elevato non adeguatamente riconosciuto (sottoforma di denaro, opportunità di avanzamento o sicurezza del posto di lavoro) [23, 79].

I carichi a **livello psicosociale** sono spesso connessi alle condizioni di lavoro, abitative e di vita di una persona [6]. Lo stress cronico è particolarmente ben studiato. La relazione tra *stress* e svantaggio sociale è spiegata con l'ausilio di due ipotesi complementari [6, 23]:

- da un lato si presuppone che la quantità e l'intensità dei carichi siano maggiori tra le persone in una posizione sociale inferiore (ipotesi della diversa esposizione), pensiamo a preoccupazioni finanziarie, limitazioni delle attività del tempo libero e delle relazioni sociali a causa di difficoltà finanziarie, rumore e inquinamento atmosferico, paura di perdere il lavoro ecc.;
- dall'altro si presuppone che le persone socialmente svantaggiate abbiano minori possibilità di gestire i carichi rispetto a quelle privilegiate (ipotesi della diversa vulnerabilità) perché le loro risorse (strategie di *coping*, possibilità d'influenza ecc.) sono insufficienti. A parità di stress, gli individui nelle posizioni sociali inferiori corrono dunque un rischio maggiore di sviluppare problemi di salute.

A causa di questo rapporto sfavorevole – più carichi, meno risorse – le persone in una posizione sociale inferiore risentono più spesso dello stress rispetto alle persone privilegiate. I comportamenti e le malattie dovute allo stress sono infatti più diffusi tra i gruppi socialmente più deboli [6, 77]. Anche la discriminazione e la stigmatizzazione possono essere fonte di stress cronico e peggiorare la salute, come si nota ad esempio nei casi di razzismo [41] e di discriminazione dovuta all'orientamento sessuale e all'identità di genere [45, 46].

Anche i **comportamenti rilevanti per la salute** sono da intendersi come la reazione a un ambiente sociale, culturale ed economico [Remund 2018] [78]. A favore di questa definizione depongono tra gli altri due motivi: innanzitutto, i margini di manovra e le decisioni dipendono dalle possibilità materiali-strutturali di cui una persona dispone in base alla sua posizione sociale [6, 90]. Ad esempio, le persone con un basso reddito hanno minori possibilità di scelta in quanto a condizioni abitative, attività del tempo libero e alimentazione rispetto alle persone che guadagnano bene. In secondo luogo, i comportamenti sociali vengono acquisiti in un ambiente sociale e sono espressione delle aspettative della società nei confronti di un determinato ruolo [6]. Gli schemi legati all'alimentazione e all'attività fisica sono predefiniti dai genitori o sperimentati tra pari. In questo modo, le condizioni di vita esogene danno origine a schemi d'azione fissi che perlopiù perdurano tutta la vita e possono essere chiamati anche «stile di vita» [Mielck 2006, p. 25] [90].

Una risorsa importante è l'**alfabetizzazione sanitaria**, ossia la capacità dell'individuo di prendere decisioni propizie alla salute nella vita quotidiana (a casa, sul posto di lavoro, nel sistema sanitario e in seno alla società in generale). L'alfabetizzazione sanitaria fornisce alle persone gli strumenti per gestire in modo autodeterminato e libero la propria salute [291]. Una persona che dispone di questa risorsa è in grado di trovare, comprendere, valutare criticamente e mettere in pratica informazioni sulla salute [292, 293].

L'alfabetizzazione sanitaria non è ripartita in modo omogeneo tra la popolazione. In Svizzera, la quota di persone con un basso grado di alfabetizzazione sanitaria è elevata soprattutto tra i seguenti gruppi: persone che vivono in condizioni finanziarie modeste, persone con un basso livello d'istruzione, fasce della popolazione migrante [84].

Benché il **sistema sanitario** in Svizzera, in particolare nel confronto internazionale, offra un'assistenza di base di buona qualità, non è aperto a tutte le persone nella stessa misura. Sussistono infatti differenze dovute a fattori sociali nell'*accesso*, nella *qualità delle offerte* e nell'*utilizzo* delle prestazioni [88, 89]. Parlando della qualità del sistema sanitario e delle sue misure, viene ad esempio criticato che gruppi di popolazione spesso stigmatizzati, come le minoranze sessuali e di genere (LGBTI), ricorrono più raramente ai servizi sanitari perché in passato vittime di discriminazione da parte del personale medico e infermieristico [79]. Anche approcci inadeguati, come sistemi di classificazione binari (uomo/donna) che non tengono conto della realtà biografica delle persone transessuali e intersessuali, complicano l'accesso al sistema sanitario. Inoltre, la mancanza di competenze tra i professionisti della salute nella gestione della diversità limita per parte della popolazione la qualità e l'utilizzo delle prestazioni. Fasce della popolazione migrante hanno invece problemi di comprensione dovuti alla lingua che complicano la ricerca del professionista giusto, la comunicazione e un'implementazione efficace delle raccomandazioni [91].

6.5 Ripartizione di salute (blocco 4)

L'iniquità di salute è il risultato dei primi tre blocchi e riguarda in particolare la speranza di vita, la frequenza delle MNT e delle malattie psichiche, la percezione soggettiva della salute, la soddisfazione nei confronti della vita e la mortalità (cfr. capitolo 4).

FIGURA 8

Blocco 4: ripartizione di salute

Ripartizione di salute

Lo squilibrio tra risorse e carichi provoca differenze di origine sociale a livello di:

Mortalità

Frequenza di malattia e limitazioni (morbilità)

Benessere

Qualità della vita

6.6 Distinzione rilevante per la prassi

Nel modello si distinguono due tipi di determinanti: i determinanti strutturali e i determinanti sociali della salute (cfr. figura 9). Questa distinzione proposta dall'OMS [73] è fondamentale per la definizione di misure concrete di promozione della salute e di prevenzione.

- I **determinanti strutturali** sono costituiti dal contesto (blocco 1 del modello) e dalla posizione sociale (blocco 2) [73]. Sono definiti come le strutture e i processi sociali che attribuiscono sistematicamente posizioni sociali diverse alle persone e ripartiscono in modo impari i determinanti sociali della salute in seno alla società¹⁷ [92]. I determinanti strutturali sono importanti perché condizionano la ripartizione delle opportunità di salute tra i gruppi sociali [73].
- I **determinanti sociali della salute**, chiamati anche determinanti intermediari, sono stati affrontati nel blocco 3 del modello. Definiti come le condizioni in cui le persone nascono, crescono, vivono, lavorano e invecchiano, e come i sistemi istituiti per gestire le malattie [OMS 2018] [43], hanno effetti concreti sulla salute delle persone.

Riepilogando, si distingue tra i meccanismi all'origine delle gerarchie sociali (i determinanti strutturali) e le condizioni di vita quotidiane che ne derivano (i determinanti sociali della salute)¹⁸ (Solar & Irwin 2010, p. 4) [73]. A livello causale, i determinanti sociali della salute vengono dopo i determinanti strutturali, ciò significa che i determinanti strutturali determinano i determinanti sociali della salute [73].

Misure diverse per determinanti diversi

La politica sanitaria e le misure pratiche vanno definite in base ai determinanti che si desidera modificare [73]:

- le misure relative ai **determinanti strutturali** attenuano lo svantaggio sociale agendo sulle caratteristiche verticali e orizzontali, e sono incentrate su fattori strutturali, come il miglioramento delle opportunità d'istruzione per gruppi svantaggiati, la riduzione delle disparità economiche e strutturali in seno alla società e la lotta alla discriminazione e alla stigmatizzazione;
- le misure relative ai **determinanti sociali della salute** tentano di ridurre concretamente i carichi e al contempo di rafforzare le risorse rilevanti per la salute.

Una riduzione duratura dell'iniquità di salute non necessita di misure concernenti solo i determinanti sociali della salute, bensì anche il contesto (blocco 1 nel modello) e il processo di gerarchizzazione sociale (blocco 2) [73].

FIGURA 9

Due tipi di determinanti



¹⁷ Citazione in lingua originale: «The underlying social structures and processes that systematically assign people to different social positions and distribute the social determinants of health unequally in society are the social determinants of health inequities» (VicHealth 2015, p. 6) [92].

¹⁸ Citazione in lingua originale: «A key aim of the framework is to highlight the difference between levels of causation, distinguishing between the mechanisms by which social hierarchies are created, and the conditions of daily life which then result» (Solar & Irwin 2010, p. 4) [73].

6.7 La prospettiva che abbraccia l'intero arco della vita: un complemento necessario

Gli svantaggi e i privilegi analizzati nel modello influiscono sulla salute dalla nascita sino alla fine della vita (cfr. capitolo 4.1). Solo la prospettiva che abbraccia l'intero arco della vita consente pertanto di comprendere l'insorgenza e la dinamica dell'iniquità di salute e di scoprire la durata del carico [8]. Per questo motivo, tale prospettiva è un complemento essenziale ai gruppi di fattori materiali-strutturali, psicosociali e comportamentali (capitolo 6.4). Solamente un'analisi combinata può spiegare l'iniquità di salute e indicare la direzione per approcci d'intervento efficaci [8].

La **prospettiva che abbraccia l'intero arco della vita** mostra come lo stato di salute rispecchi non solo le condizioni attuali, bensì anche quelle precedenti sin dalla gravidanza [93].

I carichi sociali e sulla salute prima della nascita e nei primi anni di vita possono ripercuotersi sulla salute degli anni successivi in tre modi diversi [5, 68, 93].

- **Effetti latenti:** i carichi in fasi decisive per lo sviluppo possono nuocere alla salute in maniera durevole, a volte persino irreversibile. Un'assistenza prenatale inadeguata o condizioni sfavorevoli per la salute durante la gravidanza possono ad esempio provocare danni che si manifesteranno nel corso della vita.
- **Effetti direzionali** (*pathway effects*): abitudini sviluppate all'inizio della vita possono determinare il comportamento rilevante per la salute di tutta la vita. Schemi legati all'attività fisica acquisiti durante l'infanzia e l'adolescenza vengono sovente mantenuti per tutta la vita, anche se in linea di principio potrebbero venire modificati in età adulta.

- **Effetti cumulativi:** la durata dei carichi è determinante. Se una persona è esposta a fattori ambientali nocivi per un periodo prolungato o si trova in una situazione di povertà perdurante, le ripercussioni negative sulla salute sembrano sommarsi e aggravarsi. Un basso reddito in età adulta pare ad esempio avere conseguenze peggiori sulla salute delle persone cresciute in una famiglia a basso reddito che sulla salute di chi proviene da una famiglia benestante.

Disparità nei primi anni di vita, ossia dalla gravidanza fino all'infanzia e all'adolescenza, possono dunque influire sulla salute a prescindere dalle condizioni di vita e dal comportamento in materia di salute futuri e provocare così iniquità di salute tra gruppi sociali [68].

Il modello va dunque letto da una prospettiva che abbraccia l'intero arco della vita. Ciò significa tenere conto dei carichi sociali e sulla salute vissuti nelle prime fasi della vita, in età infantile e adolescenziale e prestare maggiore attenzione al loro cumulo col passare del tempo [3, 68]. Tale prospettiva evidenzia pure la necessità di adeguare i *setting* della promozione della salute e della prevenzione alle fasi della vita [94]. Infine, essa sensibilizza nei confronti di passaggi difficili e degli eventi critici che, se non gestiti efficacemente, vanno a costituire un rischio per la salute [87].

Le conoscenze tratte dalla ricerca sul corso della vita ribadiscono l'importanza di una promozione precoce della salute volta alle pari opportunità [3, 68]. Questo a sua volta non sminuisce il ruolo che la promozione delle pari opportunità in materia di salute gioca anche in età adulta. Siccome la durata del carico acuisce l'iniquità di salute, vale la pena interrompere il cumulo di fasi di svantaggio sociale (Rathmann & Richter 2016, p. 39) [8] e di adottare nuovi comportamenti e condizioni di vita propizi alla salute anche in età lavorativa e dopo il pensionamento [3, 68].

Parte 2: Analisi delle cause

7 Excursus: sovrapposizione di svantaggi

Ciò che nel modello esplicativo (capitolo 6) è rappresentato in una sequenza logica, nella realtà è complesso e meno palese. Una caratteristica rilevante per la disparità non produce sistematicamente sempre gli stessi effetti [36]. Ad esempio, le conseguenze di un basso reddito su carichi e risorse non sono univoci e possono divergere profondamente da persona a persona. Decisiva per l'insorgenza dell'iniquità di salute è la sovrapposizione di più caratteristiche rilevanti per la disparità, che possono rafforzarsi ma anche attenuarsi a vicenda [32, 36].

Un approccio per riflettere su identità e posizione sociale

Per comprendere le interazioni tra le diverse caratteristiche servono nuovi approcci [95], come l'*intersezionalità*: questo approccio si fonda sulla presupposizione che l'identità di una persona non è mai determinata da un'unica caratteristica. Una persona non è infatti solo uomo o donna, è anche più o meno istruita, benestante o povera, lesbica o eterosessuale, nata in Svizzera o all'estero, religiosa o aconfessionale ecc.

Analogamente, anche la posizione sociale è il risultato di una combinazione di caratteristiche. Se le peculiarità che portano alla disparità sociale si sovrappongono, di norma gli svantaggi sociali si aggravano¹⁹, come dimostra l'esempio delle donne di colore: vittime di razzismo e sessismo, incontrano maggiori difficoltà sul mercato del lavoro rispetto alle donne bianche e agli uomini di pelle scura [96].

Le caratteristiche rilevanti per la disparità si sommano e vanno considerate nella loro globalità

Nella realtà, le caratteristiche verticali (istruzione, reddito, patrimonio e posizione professionale) e orizzontali (genere, un eventuale passato migratorio, orientamento sessuale e identità di genere ecc.) spesso non sono disgiunte le une dalle altre [8]²⁰. Secondo la prospettiva dell'intersezionalità, le disparità sociali e la discriminazione (dovuta all'istruzione, al reddito, al genere, al passato migratorio ecc.) non sono pertanto considerate le une indipendentemente dalle altre, bensì nella loro interazione e nella loro globalità [4, 17]. Sovente una disparità e una discriminazione ne generano un'altra, provocando una concentrazione di svantaggi sociali [74, 97]. Ad esempio, un basso livello d'istruzione in genere si ripercuote negativamente sul reddito e un basso reddito sovente è all'origine di condizioni abitative sfavorevoli [98].

La sovrapposizione di svantaggi comporta un maggiore rischio di malattie e mortalità

La sovrapposizione di caratteristiche rilevanti per la disparità determina le risorse, il potere, le possibilità e il riconoscimento di una persona (blocco 2 nel modello esplicativo) e di conseguenza influisce anche sui carichi e sulle risorse quotidiane (blocco 3). La concentrazione di diverse caratteristiche di disparità in una persona ha effetti cumulativi e provoca così una vulnerabilità particolare a livello di salute: maggiore è il numero di caratteristiche rilevanti per la disparità, maggiori sono i carichi che gravano sulla salute e minori sono le risorse [68, 74, 97].

¹⁹ La sovrapposizione di caratteristiche di disparità può provocare un cumulo ma anche una compensazione di svantaggi [36, 95], come mostra l'esempio di una giovane professoressa tedesca residente in Svizzera: le caratteristiche «donna» e «migrante» possono influire negativamente sulla sua posizione sociale, ma sono in parte compensate dalla buona istruzione, dal reddito elevato e dalla giovane età [36]. Sovente, una caratteristica vantaggiosa non è comunque in grado di neutralizzare del tutto lo svantaggio [103].

²⁰ Le caratteristiche verticali e orizzontali sono discusse al capitolo 3.1.

Parte 3: Sviluppo e attuazione di misure

«*La politica non è altro che medicina su larga scala*»²¹

Rudolph Carl Virchow, patologo tedesco (1821-1902)

Sulla base delle spiegazioni teoriche fornite in precedenza, in questa terza parte del rapporto esponiamo diversi principi e raccomandazioni per la prassi.

- Innanzitutto, analizziamo varie **strategie sanitarie nazionali e internazionali nell'ottica delle pari opportunità**, da un lato per legittimare la promozione della salute e la prevenzione volte alle pari opportunità, dall'altro per sviluppare principi e linee guida operative per misure concrete (**capitolo 8**).
- Lo sviluppo di misure include la definizione di gruppi prioritari di destinatari per progetti e programmi. Per questo motivo, in un secondo tempo vengono formulati principi e proposte per la **definizione di gruppi di destinatari** per una promozione della salute e di una prevenzione volte alle pari opportunità (**capitolo 9**).
- Infine, vengono presentati **approcci basati sull'evidenza e criteri di successo per le misure** che hanno dimostrato di contribuire ad aumentare le pari opportunità di salute, illustrando così concretamente che cosa si può intraprendere nella prassi per promuovere la salute dei gruppi di destinatari socialmente svantaggiati (**capitolo 10**).

²¹ Der Armenarzt. Da: Die medicinische Reform. N. 18, 3.11.1848, p. 125

Parte 3: Sviluppo e attuazione di misure

8 Integrazione delle misure nella politica sanitaria

L'inequità di salute è empiricamente talmente ben documentata che tutte le odierne strategie sanitarie tengono conto delle pari opportunità, seppure non con lo stesso grado di dettaglio. Questo capitolo riassume il radicamento delle pari opportunità di salute in strategie e documenti rilevanti basandosi sulle domande seguenti.

- Come sono integrati nelle strategie sanitarie gli aspetti delle pari opportunità di salute e della diversità sociale?
- Quali dichiarazioni fondamentali sulla diversità e sulle pari opportunità contengono queste strategie?
- Quali principi operativi sono formulati, quali campi d'azione sono definiti?

Procedendo in questo modo, da un lato si evidenziano i principi e le raccomandazioni in materia di pari opportunità oggi diffusi nella politica sanitaria nazionale e internazionale, e s'individuano primi punti di partenza per l'elaborazione e l'attuazione di misure. Dall'altro, diventa così possibile ancorare e legittimare le misure volte alle pari opportunità nelle strategie di politica sanitaria.

8.1 Strategie mondiali e basi dell'OMS

Nel corso degli ultimi settant'anni, gli aspetti della diversità e delle pari opportunità sono confluiti in numerose strategie sanitarie internazionali. Leggendo queste basi in ordine cronologico dal 1950 a oggi, emerge un filo rosso come pure una progressiva concretizzazione del dibattito. I primi documenti partono da premesse normative, quelli successivi aggiungono basi concettuali, argomenti a favore delle pari opportunità di salute e raccomandazioni operative.

Di seguito presentiamo le dichiarazioni fondamentali, indicando tra parentesi quando e in quale strategia di politica sanitaria sono state formulate esplicitamente per la prima volta. In genere, i testi successivi ripetono e consolidano quanto dichiarato in quelli precedenti.

Per la selezione delle strategie e dei documenti di base si è prestato attenzione che questi a) siano rilevanti per la Svizzera e non esplicitamente destinati a Paesi in via di sviluppo e b) siano stati formulati a prescindere da caratteristiche sociodemografiche (ad es. non siano esclusivamente focalizzati su determinati gruppi di popolazione, come i rifugiati).

Principi e obiettivi di politica sanitaria

In materia di pari opportunità di salute, le strategie degli ultimi settant'anni hanno stabilito i principi e gli obiettivi seguenti.

- **Diritto fondamentale:** il possesso del miglior stato di salute conseguibile costituisce uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano (*Costituzione dell'OMS 1948*).
- **Giustizia sociale:** le pari opportunità di salute sono un diritto umano e una questione di giustizia sociale (*Dichiarazione di Alma Ata 1978*).
- **Responsabilità collettiva:** la salute e le pari opportunità di salute non sono una questione esclusivamente privata. I singoli individui, i governi e le società nella loro globalità sono responsabili affinché tutte le persone possano raggiungere il migliore stato di sanità possibile (*Costituzione dell'OMS 1948*).
- **Rilevanza per l'intera comunità:** le pari opportunità di salute non sono solo un obbligo etico-normativo, sono anche determinanti per lo sviluppo sociale e la crescita economica, e pertanto d'importanza capitale per l'intera comunità (*OMS, strategia Salute per tutti 1981*).

- **Difesa della causa della salute e delle pari opportunità di salute:** analogamente ai gruppi d'interesse economici, la salute e le pari opportunità di salute necessitano di una difesa durevole dei loro interessi basata sui principi dei diritti umani e della solidarietà. Il settore sanitario in particolare, ma anche altri ambiti politici, sono invitati a orientarsi all'obiettivo delle pari opportunità di salute (*OMS, Carta di Bangkok 2005*).

Assi operativi e linee guida

Nell'ottica dell'attuazione di misure concrete, nel corso degli ultimi settant'anni sono stati formulati e riaffermati gli assi operativi e le linee guida seguenti.

- **Rafforzamento di un sistema sanitario volto alle pari opportunità:** un sistema sanitario volto alle pari opportunità (assistenza sanitaria, promozione della salute e prevenzione) è un'importante chiave per il raggiungimento di una buona salute e delle pari opportunità di salute (*Dichiarazione di Alma Ata 1978*). In particolare, la promozione della salute e la prevenzione vanno rafforzate per mezzo d'investimenti supplementari (*OMS, Carta di Ottawa 1986*).
- **Apertura del sistema sanitario:** per tenere debito conto dei bisogni di una popolazione eterogenea, è importante che le offerte e le misure dell'assistenza sanitaria, della promozione della salute e della prevenzione siano aperte a tutti i membri della società in ugual misura e che siano adeguate alle loro difficoltà e necessità (*OMS, Carta di Ottawa 1986*).
- **Ruolo chiave dei determinanti sociali della salute:** la salute dipende in misura determinante dalle condizioni di vita esogene. Per questa ragione, le condizioni in cui si svolgono la vita, il lavoro e il tempo libero devono essere propizie alla salute (*OMS, Carta di Ottawa 1986*).
- **Determinanti strutturali:** occorre ridurre il più possibile la disparità sociale intervenendo sulle cause strutturali dei determinanti sociali della salute, in particolare la ripartizione impari delle possibilità di partecipazione, della ricchezza e del riconoscimento sociale, ad esempio con misure a favore dell'uguaglianza dei sessi o contro la discriminazione e la stigmatizzazione della popolazione migrante o della comunità LGBTI (*OMS, rapporto «Closing the gap in a generation» 2008*). Vengono rivendicati esplicitamente anche una regolamentazione e una legislazione volti alla protezione della salute e all'incremento delle pari opportunità di salute e benessere per tutte le persone (*OMS, Carta di Bangkok 2005*).
- **Empowerment e alfabetizzazione sanitaria:** affinché le persone possano influire maggiormente sulla propria salute e sulla propria vita, occorre rafforzarne la capacità di agire autodeterminata in generale e quella riguardante la salute in particolare puntando sull'alfabetizzazione sanitaria e sull'autogestione (*OMS, Carta di Ottawa 1986*).
- **Comunità resistenti e coesione sociale:** non sono solo le competenze individuali a dover essere potenziate, ma anche i punti di forza collettivi e la resilienza delle comunità, in particolare l'inclusione sociale, la coesione e il senso di appartenenza (*OMS, Dichiarazione di Jakarta 1997*).
- **Partecipazione:** le singole comunità e l'intera società civile svolgono un ruolo decisivo per una promozione della salute e una prevenzione basata sui bisogni ed efficace. Per questa ragione, la società civile deve partecipare attivamente a tutte le fasi dei programmi e dei progetti, dalla concezione alla pianificazione all'attuazione fino alla valutazione (*Costituzione OMS 1948*).
- **Approccio multisettoriale:** per raggiungere le pari opportunità di salute, le misure di politica sanitaria da sole non bastano. Anche settori politici sociali ed economici, come l'istruzione, il mercato del lavoro e la pianificazione del territorio, contribuiscono in misura decisiva a far sì che tutte le persone dispongano delle possibilità di realizzare pienamente le loro potenzialità nel campo della salute (*Dichiarazione di Alma Ata 1978*).
- **«Health in all policies»:** seguendo l'approccio multisettoriale, tutti i settori politici sono invitati a integrare nel loro lavoro riflessioni sulla salute e a valutare le conseguenze sanitarie delle loro decisioni (*OMS, Carta di Ottawa 1986*).
- **Datori di lavoro quali attori chiave:** oltre ai governi, ai detentori dei poteri decisionali, alle comunità e alla società civile, anche le aziende e i datori di lavoro privati sono attori chiave di una promozione della salute e di una prevenzione volte alle pari opportunità, considerato che le condizioni di lavoro si ripercuotono direttamente sulla salute (*OMS, Carta di Bangkok 2005*).

- **Sensibilizzazione, informazione e formazione continua:** occorre sensibilizzare l'opinione pubblica, i detentori dei poteri decisionali e i professionisti della salute nei confronti delle differenze di salute dovute a fattori sociali, e trasmettere loro raccomandazioni concrete per la prassi – sia per la realizzazione di misure che per i processi decisionali e le strategie politiche (OMS, rapporto «Closing the gap in a generation» 2008).
- **Prospettiva che abbraccia l'intero arco della vita:** considerato che l'iniquità di salute deriva dalle condizioni dei primi anni di vita e dalla durata dei carichi che gravano sulla salute, gli obiettivi e le misure di una promozione della salute e di una prevenzione volte alle pari opportunità devono essere definiti e attuati da una prospettiva che abbraccia l'intero arco della vita (OMS, Salute2020 2012).
- **Sistemi sanitari vicini alla popolazione:** l'assistenza sanitaria, la promozione della salute e la prevenzione devono essere a bassa soglia e orientate alle condizioni di vita concrete; i pazienti vanno considerati risorse e partner, e coinvolti attivamente nel trattamento (OMS, Salute2020 2012).
- **Universalismo proporzionale:** la definizione di gruppi prioritari di destinatari deve orientarsi a chi è esposto a maggiori carichi gravanti sulla salute e che finora ha usufruito meno di tutti delle offerte del sistema sanitario. Le offerte devono quindi essere in linea di principio aperte all'intera popolazione, l'intensità delle misure deve tuttavia essere commisurata al grado di svantaggio dei singoli gruppi (OMS, Dichiarazione mondiale sulla salute 1998).
- **Maggiori investimenti:** per avere attività ed effetti durevoli, e per aumentare le capacità e la qualità del sistema sanitario, sono richiesti ulteriori investimenti nella politica, nelle misure e nelle infrastrutture (OMS, Carta di Bangkok 2005).

- **Monitoraggio e valutazione:** per meglio comprendere le manifestazioni e lo sviluppo dell'iniquità di salute, è imprescindibile la creazione e l'ampliamento di sistemi di monitoraggio. Per individuare e moltiplicare misure efficaci volte all'incremento delle pari opportunità di salute, servono ulteriori sforzi nel settore della valutazione (OMS, strategia Salute per tutti 1981).
- **Rendicontazione:** strettamente legata al monitoraggio e alla valutazione è la richiesta di misurare la politica sanitaria sulla base di risultati e obiettivi più chiari e quindi di rendere maggiormente conto sul grado di raggiungimento degli obiettivi (OMS Europa, Salute 21 1998).

8.2 Strategie e basi svizzere nel settore sanitario

Come per le strategie mondiali, nemmeno per la Svizzera si vuole presentare un elenco esaustivo delle basi rilevanti, l'intento è piuttosto quello di evidenziare i documenti di politica sanitaria che a) abbiano validità nazionale e b) si esprimano in generale sui temi della diversità e delle pari opportunità. Ciò significa che sono escluse sia basi cantonali sia strategie dedicate alle pari opportunità di specifici gruppi di popolazione (ad es. popolazione migrante o donne²²).

A differenza di quanto fatto con le strategie mondiali, quelle svizzere con i rispettivi elementi volti alle pari opportunità di salute sono presentate singolarmente.

8.2.1 Costituzione federale Svizzera

Le disposizioni fondamentali sulle pari opportunità in Svizzera si trovano nella Costituzione federale. Il capoverso 2 dell'articolo 2 recita che la Confederazione Svizzera «promuove in modo sostenibile la comune prosperità, la coesione interna e la pluralità

²² Per questa ragione non sono stati ad esempio considerati la politica svizzera d'integrazione quale base per le attività nel settore della migrazione (<https://www.sem.admin.ch/sem/it/home/publiservice/berichte/integration.html>) (consultato il 20 giugno 2019) o il programma nazionale migrazione e salute 2002-2017 (tedesco: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/gesundheitsliche-chancengleichheit/programm-migration-und-gesundheit-2002-2017.html> / francese: <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/gesundheitsliche-chancengleichheit/programm-migration-und-gesundheit-2002-2017.html>) (consultato il 20 giugno 2019).

culturale del Paese»; il capoverso 3 sancisce che la Confederazione Svizzera «*provvede ad assicurare quanto possibile pari opportunità ai cittadini*». Questo compito si estende a tutti gli ambiti della società, anche al settore sanitario. La Costituzione federale costituisce così il quadro giuridico da cui deriva **l'obiettivo di garantire a tutti i membri della società pari opportunità di salute** (cfr. capitolo 3.4).

8.2.2 Strategie Sanità2020 e Sanità2030

La strategia Sanità2020²³ rispecchia le priorità del Consiglio federale in materia di politica sanitaria, sulla base delle quali il sistema sanitario svizzero si prepara ad affrontare le sfide attuali e future. A tale scopo, la strategia definisce quattro aree d'intervento sovraordinate:

1. garantire la qualità di vita;
2. rafforzare le pari opportunità e la responsabilità individuale;
3. garantire e migliorare la qualità dell'assistenza;
4. creare trasparenza, migliorare la direzione strategica e il coordinamento.

Le pari opportunità di salute rivestono dunque un ruolo di rilievo nell'agenda della politica sanitaria, il che significa che anche in Svizzera la promozione delle pari opportunità di salute e un accesso paritario all'assistenza sanitaria sono concetti centrali per l'azione pubblica (UFSP 2018, p. 2) [99].

La strategia Sanità2020 prevede la concretizzazione di misure nei settori delle MNT, delle dipendenze e della salute mentale [1]. Le strategie e i documenti fondamentali esposti nei capitoli seguenti sono specificamente dedicati a questi tre settori.

Anche nella nuova strategia di politica sanitaria del Consiglio federale Sanità2030 le pari opportunità costituiscono il principio trainante. Nella visione, si sostiene che in Svizzera le persone vivono in un contesto che promuove la salute indipendentemente dal loro stato di salute e dalle loro condizioni socio-economiche. Diversamente da Sanità2020, la nuova strategia si concentra, tra le altre cose, su una selezione di determinanti della salute (ambiente e mondo del lavoro) allo scopo di aumentare le opportunità di vivere in buona salute.

8.2.3 Strategia MNT e piano di misure 2017-2024

Il principio delle pari opportunità riveste esplicitamente un ruolo di primo grado già nella visione della Strategia MNT²⁴: «*La popolazione è in grado di coltivare un ambiente propizio alla salute e di adottare degli stili di vita sani, a prescindere dalla propria condizione socio-economica*» (UFSP e CDS 2016, p. 4) [51]. Al miglioramento delle pari opportunità nell'accesso alla promozione della salute e alla prevenzione è inoltre dedicato un obiettivo specifico, il numero 4.

Nel piano di misure della Strategia MNT, le pari opportunità di salute sono uno dei quattro temi centrali: «*Il principio delle pari opportunità nell'ambito della salute dovrà essere tenuto in considerazione nell'elaborazione e nell'attuazione delle misure nei tre ambiti della Strategia MNT ed è rilevante per tutte le fasi di vita*» (UFSP; CDS; Promozione Salute Svizzera 2016, p. 16) [39].

Il sistema sanitario riveste qui un ruolo essenziale, deve orientarsi ai bisogni della popolazione, essere accessibile a tutti e offrire prestazioni di qualità elevata (**apertura del sistema sanitario**) [39]. In linea di principio, le prestazioni devono rivolgersi all'intera popolazione, ma quando necessario la salute di gruppi svantaggiati va promossa con misure specifiche (**universalismo proporzionale**). Allo scopo, devono essere sviluppate offerte e informazioni a bassa soglia e commisurate ai bisogni specifici delle persone in situazione di vulnerabilità (area d'intervento 6 della Strategia MNT, misura D.2 del piano di misure) [39, 51].

Riallacciandosi alla strategia Sanità2020, anche la Strategia MNT ribadisce l'importanza della **responsabilità individuale per la propria salute** e dell'**alfabetizzazione sanitaria** (area d'intervento 1 e obiettivo specifico 2 della Strategia MNT). Ricorda tuttavia già nella sua visione anche la necessità di creare un ambiente propizio alla salute (**determinanti sociali della salute**, aree d'intervento 1 e 7, obiettivo specifico 3 della Strategia MNT e misura E del piano di misure), perché «*sono proprio le persone in condizioni di vulnerabilità a beneficiare maggiormente delle misure di prevenzione strutturali*» (UFSP e CDS 2016, p. 46) [51].

²³ <https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/strategie-und-politik/gesundheits-2020.html> (consultato il 20 giugno 2019).

²⁴ <https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-nicht-uebertragbare-krankheiten.html> (consultato il 20 giugno 2019).

Nella convinzione che «*le misure volte a contrastare le MNT sono interconnesse con molti ambiti della vita e della politica (ad es. economia, ambiente, istruzione, trasporti, pianificazione territoriale)*» (UFSP e CDS 2016, p. 47) [51], anche la Strategia MNT chiede un **approccio multisettoriale** (area d'intervento 3 della Strategia MNT, misure A ed E.2 del piano di misure), soprattutto per creare condizioni propizie alla salute e «*tenere in debita considerazione l'aspetto delle pari opportunità, la collaborazione con vari ambiti politici assume un'importanza cruciale*» (UFSP e CDS 2016, p. 4) [51].

Infine, la Strategia MNT si esprime a favore del principio **health in all policies** e riconosce l'esistenza di una **responsabilità sociale in materia di salute** (area d'intervento 7 della Strategia MNT, misura E.2 del piano di misure).

8.2.4 Strategia nazionale dipendenze 2017-2024 e relativo piano di misure

Le pari opportunità e la particolare considerazione dei gruppi vulnerabili sono radicate sia come obiettivi strategici sia in singole aree d'intervento della Strategia nazionale dipendenze^{25,26}. Nel quadro dell'area d'intervento 1 della Strategia, il riconoscimento precoce dei comportamenti a rischio, delle dipendenze e delle problematiche correlate deve essere in generale rafforzato tenendo presente che «*sono soprattutto le persone vulnerabili e i gruppi a rischio a [dover] ricevere tempestivamente aiuto e sostegno*» (**principio dell'universalismo proporzionale**) (UFSP 2015, p. 53) [57]. Anche il piano di misure ribadisce che l'inclusione del principio delle pari opportunità in materia di salute è un «*aspetto centrale nell'ambito dell'attuazione della Strategia nazionale dipendenze. Ad esso sono correlati gli sforzi per facilitare il più possibile a tutte le persone, indipendentemente da sesso, condizioni socioeconomiche, estrazione sociale o età, l'accesso alle informazioni ma anche alle offerte di aiuto*» (UFSP 2016, p. 5) [100].

La Strategia chiede che i professionisti dell'aiuto e della prevenzione nel settore delle dipendenze tengano conto di tutta la diversità della società [101]. Il loro lavoro deve essere **orientato al bisogno e considerare le diversità** perché una dipendenza può

colpire persone di ogni fascia d'età a prescindere dal loro retroterra socioculturale [57]. Al contempo, il fenomeno della dipendenza ha molti volti: innanzitutto il comportamento di consumo varia secondo lo statuto socioeconomico o il genere della persona [57], determinati gruppi presentano poi un rischio maggiore di sviluppare una dipendenza [57]. Per queste ragioni, un obiettivo strategico nell'area d'intervento 2 è di orientare le offerte di consulenza e di trattamento alle necessità e ai bisogni delle persone nonché ai loro obiettivi terapeutici [57]. La Strategia nazionale dipendenze punta così principalmente sull'**apertura del sistema sanitario e delle sue offerte**.

Sul fronte dell'offerta occorre tenere conto della diversità sociale e della situazione dei gruppi vulnerabili anche **informando e sensibilizzando in modo mirato e a bassa soglia i gruppi a rischio** (area d'intervento 7). Di pari passo, deve essere aumentata la **raggiungibilità dei gruppi a rischio** indipendentemente dal genere, dall'età o dal retroterra socioculturale e migliorato il loro **accesso alle offerte** (area d'intervento 2) [57].

Le pari opportunità sono state considerate anche nel quadro della **qualità e della garanzia della qualità** con la revisione del corrispondente sistema di riferimento affinché sia ora possibile tenere conto di tutti gli aspetti della diversità [101]. Questi ultimi e le pari opportunità confluiscono esplicitamente anche nella **formazione di base e continua** di professionisti della salute e specialisti in dipendenze. Gli specialisti dei vari settori devono essere sensibilizzati alle esigenze particolari delle persone con dipendenze e dei gruppi vulnerabili (area d'intervento 6). Secondo la Strategia nazionale dipendenze, la Svizzera pone un accento particolare sul tema delle pari opportunità anche nello **scambio internazionale di esperienze e conoscenze** (area d'intervento 8).

Poiché la dipendenza presenta un complesso quadro clinico biologico, psichico e sociale [57], la Strategia e il piano di misure ravvisano una **responsabilità individuale** e una **responsabilità sociale**. Da un lato, ogni individuo è chiamato ad assumersi la responsabilità per la propria salute e per il proprio comportamento. L'**alfabetizzazione sanitaria e**

²⁵ <https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-sucht.html> (consultato il 20 giugno 2019).

²⁶ Il valore attribuito alle pari opportunità nella Strategia nazionale dipendenze è stato analizzato sistematicamente in un altro documento [101].

l'autoresponsabilità dei diretti interessati e del loro ambiente devono dunque essere rafforzate (area d'intervento 1) [100]. Dall'altro lato, la Strategia chiede di favorire lo **sviluppo di condizioni quadro favorevoli alla promozione della salute** (area d'intervento 1) [57].

Ai fini dello sviluppo di condizioni quadro propizie alla salute, la Strategia nazionale dipendenze prevede anche una **collaborazione multisettoriale** con vari ambiti politici (area d'intervento 5 nella Strategia; misure 4.2, 5.1, 5.2, 5.3 nel piano di misure). Per un aiuto efficace e coerente, sono cruciali l'interconnessione e la collaborazione con svariati attori della sanità, della socialità, dell'istruzione, della giustizia, della polizia, del mercato del lavoro, dell'economia, nonché della politica dei trasporti e dell'infrastruttura [57]. Considerato che l'argomento riguarda tutti i livelli dello Stato, è necessario un **buon coordinamento** a livello comunale, cantonale o federale (misura 5) [100]. A titolo complementare, la Strategia si fonda pure sul principio *health in all policies* [57].

8.2.5 Salute mentale: rapporto «Salute mentale in Svizzera» e rapporto «La prevenzione del suicidio in Svizzera»

Quale base per le attività concernenti la salute mentale, l'UFSP, la CDS e Promozione Salute Svizzera hanno elaborato un rapporto sulla salute mentale in Svizzera²⁷ e il rapporto «La prevenzione del suicidio in Svizzera»²⁸. Entrambi i documenti rimandano esplicitamente all'**importanza dei determinanti sociali della salute** per la salute mentale e le malattie psichiche. In particolare, la povertà, la disoccupazione e la mancanza di possibilità di partecipazione alla vita sociale vengono riportate quali fonti di stress cronico che mettono a repentaglio la salute mentale [102].

Il rapporto dedicato alla salute mentale in Svizzera definisce quattro aree d'intervento, a ciascuna delle quali sono attribuite due misure prioritarie:

1. sensibilizzazione, destigmatizzazione e informazione;
2. attuazione di attività nei settori della promozione della salute, della prevenzione e del riconoscimento precoce;
3. difesa degli interessi e basi scientifiche;
4. strutture e risorse.

Le pari opportunità sono un tema trasversale che va considerato nel quadro di tutte le aree d'intervento e nelle corrispondenti misure [102]. Ad esempio, nel settore della **sensibilizzazione e informazione** (area d'intervento 1) occorre rivolgersi esplicitamente anche ai gruppi a rischio, oltre che alla popolazione generale e agli specialisti. È inoltre necessario assicurare un **accesso alle offerte regionali a bassa soglia e commisurato al bisogno**: le misure e le offerte devono tenere conto dei diversi determinanti sociali della salute e dei bisogni che ne derivano (area d'intervento 2). In questo modo, è esplicitamente riconosciuta e ribadita la **diversità dei carichi e delle risorse** [102]. Ne consegue che, per migliorarne efficacemente la salute mentale, i vari gruppi di popolazione devono venire raggiunti in modi diversi [102].

Per attuare in maniera coerente le misure, è necessario il supporto e il sostegno di diversi attori. A tal fine, i contenuti e le questioni rilevanti per la salute dovrebbero essere sempre più radicati nell'amministrazione e nella politica, così come nelle associazioni economiche, nelle associazioni professionali e nelle ONG (area d'intervento 3, misura 5, *health in all policies*). Per l'attuazione, il rapporto punta anche alla **collaborazione multisettoriale**, perché oltre alla sanità anche le politiche negli ambiti dell'istruzione, del lavoro, della socialità, dell'infanzia e dell'adolescenza contribuiscono in misura importante alla creazione delle condizioni per una buona salute mentale (area d'intervento 4, misura 7) [102].

²⁷ <https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/strategie-und-politik/politische-auftraege-und-aktionsplaene/politische-auftraege-im-bereich-psychische-gesundheit/dialogbericht-psychische-Gesundheit.html> (consultato il 2 luglio 2019).

²⁸ <https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/strategie-und-politik/politische-auftraege-und-aktionsplaene/aktionsplan-suizidpraevention.html> (consultato il 2 luglio 2019).

Parte 3: Sviluppo e attuazione di misure

9 Raccomandazioni per la definizione dei gruppi di destinatari

Per la promozione della salute e la prevenzione è fondamentale definire chiaramente i gruppi ai quali sono destinate le misure e le offerte [6, 63]. Di norma questa procedura è complessa e richiede continui aggiustamenti. Questo capitolo ne illustra i principi da rispettare.

9.1 Sfide

Definire in modo chiaro i gruppi di destinatari è fondamentale per sviluppare misure rivolte alle persone la cui salute è maggiormente limitata a causa del loro svantaggio sociale e, in questo modo, rendere «più efficiente» la promozione della salute e la prevenzione. Con questa aspettativa, ed è proprio questo che evidenzia la prospettiva dell'intersezionalità, ci troviamo davanti ad un dilemma (multiplo) che incontra diversi ostacoli come mostra la prospettiva dell'intersezionalità.

- 1) È difficile dare una definizione chiara e uniforme dei gruppi privilegiati e di quelli svantaggiati. La prospettiva dell'intersezionalità mostra che le caratteristiche sociodemografiche possono sovrapporsi e **interagire in diversi modi** [36, 95].
- 2) Dato che le iniquità di salute sono il frutto di sovrapposizioni di fattori di svantaggio, **non è possibile definire i gruppi di destinatari sulla base di un'unica caratteristica** (ad es. *la popolazione migrante, le donne, la popolazione a basso reddito* ecc.) come invece accade spesso al momento. La prospettiva dell'intersezionalità mette in guardia dal creare gruppi sociali che non esistono in questa forma (Domenig & Cattacin 2015, p. 121) [17]. Prendiamo l'esempio della «popolazione migrante»: le situazioni di vita delle persone con un passato migratorio sono diverse a seconda che si tratti d'insegnanti con un buon livello d'istruzione o di manodopera non qualificata, di persone facoltose o a basso reddito, di cittadini UE o di richiedenti l'asilo con statuto di soggiorno precario, di

donne o uomini ecc. [cfr. 103]. Le conseguenze di un passato migratorio non sono quindi le stesse per tutti [36]. Occorre quindi evitare di ridurre la situazione di vita e i bisogni sanitari di una persona a un unico aspetto della sua identità.

- 3) Infine, la definizione di gruppi di destinatari specifici comporta sempre anche il rischio di **stigmatizzazione, di discriminazione** e, come mostra il capitolo 3.3, perfino di *victim blaming* [49, 53]. La prospettiva dell'intersezionalità ci mostra inoltre che, poiché l'identità e le situazioni di svantaggio sono questioni complesse, trattare allo stesso modo tutte le persone con un retroterra apparentemente identico può essere ingiusto e altrettanto discriminatorio [17]. Ad esempio, una misura rivolta esclusivamente a migranti a basso reddito può avere effetti discriminatori per le persone il cui statuto di soggiorno precario o di genitore solo non consente né di spiegare né di risolvere i loro problemi di salute.

Inoltre, la definizione dei gruppi svantaggiati può evolvere nel tempo e non è uniforme per l'intero settore della promozione della salute e della prevenzione. Prima di decidere su quale gruppo sociale focalizzare l'attenzione, bisogna considerare due fattori [63, 79].

- 1) **Il tema e l'obiettivo di una misura:** il gruppo prioritario di destinatari varia in funzione del tema del progetto o del programma (ad es. alimentazione, salute mentale, smettere di fumare).
- 2) **I dati a disposizione:** per stabilire correlazioni sistematiche tra la salute e determinate caratteristiche sociodemografiche occorrono dati empirici, ma in Svizzera molte di queste caratteristiche non vengono sistematicamente esaminate negli studi e, di conseguenza, dalle statistiche sulla salute non si evincono tutti i gruppi svantaggiati. Pertanto, è impossibile stilare un elenco esaustivo e stabilire un ordine di priorità dei fattori responsabili dello svantaggio sociale rispettiva-

mente della vulnerabilità a livello di salute in Svizzera. Piuttosto, occorre partire dal presupposto che, come rivelano alcuni studi svolti sinora, esistono caratteristiche connesse con le iniquità di salute [38].

9.2 Raccomandazioni generali

Riassumendo, stilare un elenco generale delle caratteristiche legate a un maggiore carico di malattie non è né fattibile né utile perché a) i gruppi di destinatari variano a seconda del tema e della misura, b) le statistiche sulla salute contengono importanti lacune e c) le interazioni tra le caratteristiche dello svantaggio sono complesse.

Di seguito formuliamo invece alcuni principi che possono tornare utili e fungere da linee direttrici per la definizione dei gruppi di destinatari svantaggiati.

- **Applicare il principio dell'«universalismo proporzionale» nella definizione delle priorità:** benché l'obiettivo della promozione della salute e della prevenzione volte alle pari opportunità sia sempre quello di migliorare la salute di tutta la popolazione, l'intensità degli sforzi compiuti deve essere proporzionale al grado di svantaggio di singoli gruppi («universalismo proporzionale») [3, 7, 19, 68]. In altre parole, le misure devono concentrarsi idealmente sulle cerchie di persone svantaggiate dal punto di vista sociale e della salute, e tenere conto delle realtà sociali che generano le iniquità di salute [3]. Questo principio è legato al gradiente sociale della salute (cfr. capitolo 4.1) e oggi lo si ritrova nelle basi della maggior parte delle politiche sanitarie (cfr. capitolo 8).
- **Non ragionare in categorie di gruppo fisse, ma tenere conto delle sovrapposizioni di caratteristiche rilevanti per la disparità** e delle loro interazioni: è l'elemento chiave nella definizione dei gruppi di destinatari [61]. La combinazione di caratteristiche crea sottogruppi con risorse e carichi rilevanti per la salute nonché potenziali di prevenzione specifici (Fehr et al. 2014, p. 2) [63]. In questo modo si evita di considerare che i gruppi sociali siano omogenei e che le loro situazioni di vita e i loro bisogni sanitari siano riconducibili

a un solo aspetto della loro identità. Definire i gruppi di destinatari sulla scorta della prospettiva dell'intersezionalità permette di cogliere con maggiore precisione le iniquità di salute e di elaborare misure più mirate e più efficaci [95]²⁹.

- **Prestare particolare attenzione alla sovrapposizione di caratteristiche verticali e orizzontali:** una maggiore morbilità non può essere imputata esclusivamente alla povertà materiale e alla mancanza d'istruzione (asse verticale), bensì anche a fattori come il genere e il passato migratorio (asse orizzontale) [79]. Forme particolari di vulnerabilità emergono quando caratteristiche socioeconomiche si sovrappongono a caratteristiche orizzontali della condizione di svantaggio [38] come nell'esempio di un uomo migrante anziano con un basso livello d'istruzione.
- **Analizzare i processi dello svantaggio e della vulnerabilità:** anziché ragionare in categorie di gruppo fisse, al momento di definire i gruppi di destinatari è opportuno esaminare a fondo i processi che determinano lo svantaggio [3, 95] e la posizione sociale delle persone (cfr. fissazione degli assi prioritari dell'UFSP e di Pro Senectute (vedi sotto)).

9.3 Processo di definizione dei gruppi di destinatari

Sulla base delle raccomandazioni esposte sopra, suggeriamo di procedere in due fasi per elaborare una definizione più dettagliata, motivata e differenziata del gruppo di destinatari.

Il punto di partenza ideale sono i dati empirici che mostrano quali gruppi hanno una maggiore probabilità di malattie e/o di assumere comportamenti rischiosi per la salute. I dati sulla salute forniscono indicazioni sui gruppi sociali con carichi particolarmente pesanti e una carenza di risorse. Tuttavia, le statistiche recenti presentano notevoli lacune che non permettono d'individuare tutti i gruppi svantaggiati dal punto di vista sociale e della salute. Per questo motivo, esse devono essere integrate con indicazioni basate su esperienze pratiche e considerazioni teoriche.

²⁹ Per un esempio concreto su come applicare la prospettiva dell'intersezionalità nella definizione dei gruppi di destinatari si rimanda alla pubblicazione «*Diversité dans le domaine des addictions. Lignes directrices pour la gestion de la diversité de la clientèle*» della Centrale nazionale di coordinamento delle dipendenze Infodrog [286].

Queste tre fonti d'informazioni costituiscono un primo asse portante per la definizione dei gruppi di destinatari, ma ancora non chiariscono la maggiore predisposizione di determinati gruppi alle malattie. In un secondo momento occorre quindi analizzare più a fondo i fattori che spiegano perché questi gruppi sono più frequentemente colpiti da malattie e limitazioni (*analizzare i processi dello svantaggio e della vulnerabilità*) prestando particolare attenzione alle sovrapposizioni tra le caratteristiche socio-demografiche rilevanti per la disparità.

Prima fase: individuare le principali caratteristiche rilevanti per la disparità in Svizzera

Lo svantaggio o il privilegio sociale non si manifestano allo stesso modo in tutte le società. Ad esempio, mentre in Australia svolge un ruolo importante l'origine indigena, in India la società è ancora oggi strutturata secondo il sistema delle caste e negli USA la posizione sociale più o meno elevata di una persona dipende spesso dal colore della sua pelle o dalla sua appartenenza etnica [5].

L'obiettivo è fornire una panoramica delle principali caratteristiche di svantaggio che in Svizzera, da sole o in combinazione tra loro, aumentano la probabilità di svantaggio sociale e di vulnerabilità a livello di salute³⁰.

Tra le **caratteristiche verticali** al primo posto si situa lo statuto socioeconomico, anche se si raccomanda di scomporlo nei fattori reddito, patrimonio, istruzione e posizione professionale. Nel caso dei bambini e degli adolescenti è opportuno prestare attenzione soprattutto all'origine sociale (reddito e istruzione dei genitori) [6, 8, 79]. Dopo aver a lungo creduto che i singoli fattori socioeconomici descrivono grossomodo la stessa cosa, oggi si fa sempre più largo la consapevolezza che tali fattori si influenzano sì reciprocamente, ma hanno effetti sulla salute diversi [8].

Per quanto riguarda le iniquità di salute, svolgono un ruolo chiave soprattutto le **caratteristiche orizzontali** seguenti [79]:

- il genere;
- il passato migratorio;
- l'orientamento sessuale e l'identità di genere (LGBTI).

Occorre tenere conto che queste caratteristiche di svantaggio possono essere operazionalizzate, ossia misurate, in modo diverso. A questo proposito, Stamm et al. [32] avanzano proposte specifiche per la Svizzera ed espongono fonti di dati empirici pertinenti per ciascuna delle caratteristiche in questione.

Seconda fase: individuare i fattori che spiegano una maggiore vulnerabilità a livello di salute

Per evitare di ragionare in categorie di gruppo fisse e il conseguente rischio di approssimazione e stigmatizzazione, occorre **precisare e combinare le caratteristiche rilevanti per la disparità** per determinare concretamente in che modo una caratteristica genera iniquità di salute.

Per descrivere con maggiore precisione i carichi e le risorse in materia di salute, a dipendenza del loro campo di attività tematico e geografico, i responsabili di progetto possono porsi le domande guida seguenti [63].

Quali rischi per la salute sono legati alle caratteristiche rilevanti per la disparità identificate nella prima fase? Per quanto riguarda le caratteristiche statuto socioeconomico, genere, passato migratorio e orientamento sessuale e identità di genere i fattori determinanti sono i seguenti.

³⁰ Ad aumentare il rischio di vulnerabilità a livello di salute concorrono anche fattori legati alla limitazione individuale (cfr. capitolo 3.3). Tra questi figurano in particolare l'isolamento sociale (mancanza di una rete), circostanze difficili durante la prima infanzia, l'età avanzata, una disabilità, una malattia, la criminalità, la violenza domestica, l'emarginazione, la condizione di senzatetto, lo status di genitore solo, la cura di familiari malati [79].

- Lo statuto socioeconomico: un reddito e un patrimonio modesti, un livello d'istruzione e una posizione professionale bassi possono essere legati ad esempio a condizioni lavorative e abitative nonché a comportamenti rischiosi per la salute, alla disoccupazione e al ricorso all'aiuto sociale.
- Il passato migratorio: alcuni carichi particolari che gravano sulla salute della popolazione migrante possono essere legati a circostanze sfavorevoli nel Paese di origine (ad es. condizioni sociali locali, persecuzione politica e/o religiosa), ma anche alla migrazione stessa (ad es. traumi psichici e fisici durante la fuga) o a sfide nel nuovo Paese di residenza (ad es. insufficiente conoscenza di una lingua nazionale, integrazione economica carente, lavoro a bassa retribuzione, statuto di soggiorno precario o esperienza di discriminazione) o ancora a tabù, valori e comportamenti socioculturali (ad es. scetticismo nei confronti delle misure per la promozione della salute mentale).
- Il genere: le disparità in materia di salute di donne e uomini possono essere legate a fattori d'influenza sociali (posizioni diverse nella società e ripercussioni su istruzione, lavoro, reddito, partecipazione alla vita sociale, accesso al sistema sanitario ecc.) e biologici.
- L'orientamento sessuale e/o l'identità di genere: i membri della comunità LGBTI possono subire discriminazioni e stigmatizzazioni sociali, giuridiche ed economiche, che si ripercuotono negativamente sulla loro salute; possono anche avere maggiori difficoltà ad accedere al sistema sanitario a causa tra l'altro (del timore) di stigmatizzazioni da parte dei professionisti della salute o di modelli di lavoro inadeguati (classificazione uomo/donna) che non tengono conto della realtà di vita delle persone transessuali e inter-sessuali.

Parallelamente ai carichi occorre interrogarsi anche sulle risorse alle quali la promozione della salute e la prevenzione possono fare capo [63]: quali risorse in materia di salute e potenziale di prevenzione sono presenti (rispettivamente non sono presenti) nei gruppi sociali in questione? Si pensi tra l'altro alle strategie di adattamento (*coping*), al sostegno sociale e a una rete sociale solida, all'alfabetizzazio-

ne sanitaria e alla sensibilità alle offerte e agli obiettivi della protezione della salute e della prevenzione. La combinazione di caratteristiche rilevanti per la disparità, necessaria siccome una persona appartiene a più sottogruppi (cfr. capitolo 7), può essere utilizzata per individuare con precisione i carichi e le risorse in materia di salute.

Questo metodo permette di identificare la necessità d'intervento e di stabilire un chiaro focus degli interventi. Il capitolo 10 indica con quali interventi si possono eliminare i carichi individuati e creare le risorse mancanti.

Esempi di casi in Svizzera

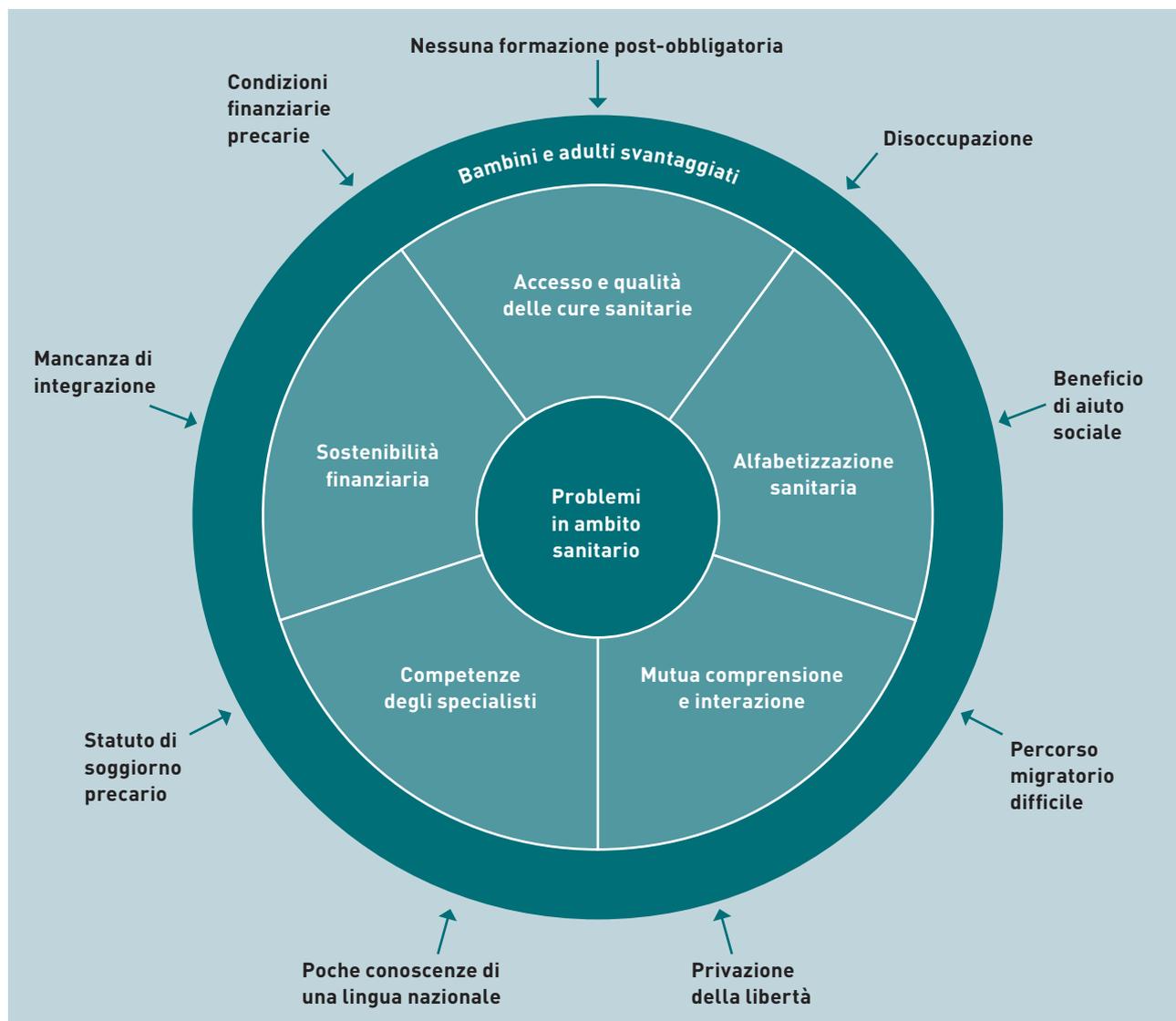
Gli esempi dell'UFSP e di Pro Senectute mostrano come precisare i carichi e le risorse nella prassi. La Sezione pari opportunità nel campo della salute dell'UFSP individua ad esempio il «passato migratorio» e lo «statuto socioeconomico» quali fattori in grado di generare uno svantaggio sociale particolare (cfr. figura 10).

Di conseguenza, non è necessariamente un passato migratorio in sé a causare uno svantaggio sociale, ma semmai sono i fattori «poche conoscenze di una lingua nazionale», «mancanza di integrazione», «percorso migratorio difficile» o «statuto di soggiorno precario» che *possono*, ma non devono, essergli associati. In modo analogo, i fattori «condizioni finanziarie precarie», «beneficio aiuto sociale», «nessuna formazione post-obbligatoria» o «disoccupazione» aiutano a descrivere con maggiore precisione lo statuto socioeconomico e a individuare i rischi per la salute.

Anche Pro Senectute Svizzera parte dal presupposto che fattori come la nazionalità o il genere condizionino la probabilità di far parte di gruppi vulnerabili, ma che di per sé non siano questi i fattori che determinano la vulnerabilità (Gasser et al. 2015, p. 53) [56]. Secondo Pro Senectute, la maggiore predisposizione alle malattie e alle limitazioni è invece dovuta a un deficit in diverse forme di capitale. Per parafrasare il sociologo Pierre Bourdieu, sono considerate vulnerabili a livello di salute le persone povere (capitale economico), poco istruite (capitale culturale), sole (capitale sociale) e/o fragili (capitale fisico) (cfr. figura 11). Inoltre sottolineano che la presenza di deficit in più forme di capitale genera una particolare vulnerabilità a livello di salute.

FIGURA 10

Assi prioritari dell'attività dell'UFSP nel settore delle pari opportunità³¹

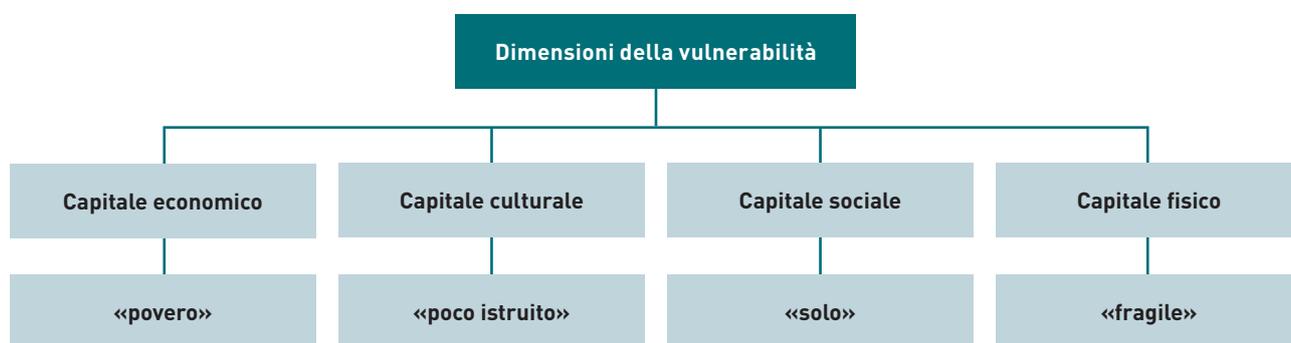


31 Fonte del grafico dell'UFSP: <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/nat-programm-migration-und-gesundheit/aktivitaeten-chancengleichheit/faktenblatt-chancengleichheit.pdf.download.pdf/BAG%20Aktivit%C3%A4ten%20GCG.pdf> (in tedesco, consultato il 20 giugno 2019).

Secondo questa logica, anche Pro Senectute Svizzera riconduce ad esempio la maggiore prevalenza di malattie tra le persone con un passato migratorio a fattori come la povertà, il basso livello d'istruzione e/o la mancata integrazione sociale. In altre parole, anziché focalizzarsi su una caratteristica socio-demografica (passato migratorio), si concentra su

fattori esplicativi come la povertà e l'istruzione che, di conseguenza, pone al centro delle sue misure. Al riguardo, l'obiettivo dichiarato delle misure volte a limitare ed eliminare la vulnerabilità è il rafforzamento delle forme di capitale disponibili e la compensazione delle lacune in una forma di capitale con un'altra (Gasser et al. 2015, p. 44) [56].

FIGURA 11

Dimensioni della vulnerabilità nella comprensione di Pro Senectute [56]

Parte 3: Sviluppo e attuazione di misure

10 Approcci basati sull'evidenza e criteri di successo

Quali misure concrete sono indicate per migliorare le pari opportunità di salute? Questo capitolo intende fungere da anello di collegamento tra i capitoli teorici sulle cause delle iniquità di salute (capitoli 6 e 7) e il lavoro nella prassi. Su tale base vengono presentati approcci e criteri di successo delle misure che si sono dimostrate efficaci nel migliorare le pari opportunità di salute.

A questo punto è opportuno osservare che il metodo scelto, ossia un'ampia analisi della letteratura scientifica, permette di mostrare cosa si può fare per migliorare la salute delle persone socialmente svantaggiate, ma non di rispondere a domande sulle singole fasi operative, sulle risorse finanziarie e umane necessarie o sui partner concreti per l'attuazione in Svizzera.

10.1 Introduzione

10.1.1 Passaggio dalla teoria alle raccomandazioni pratiche

Sotto quali aspetti le considerazioni teoriche possono tornare utili alla prassi? Il modello esplicativo presentato al capitolo 6 fornisce un orientamento operativo nella misura in cui mostra in quali settori della politica e in quali determinanti della salute è possibile intervenire per migliorare le pari opportunità di salute.

Responsabilità dell'individuo e della società

Spetta ai singoli individui e alle società ridurre le iniquità di salute. Questo principio di politica sanitaria è motivato in modo chiaro nel modello citato. Tale modello indica che, spesso, comportamenti come il tabagismo o un'alimentazione squilibrata hanno un impatto diretto sulle malattie. In questo caso, sono

le singole persone che decidono di fumare, bere o mangiare troppo, oppure di non praticare una sufficiente attività fisica [19].

D'altro canto, il modello indica anche che decisioni e comportamenti ritenuti individuali sono strettamente legati a determinate condizioni di vita e di lavoro. Se nei comportamenti si intravedono schemi sociali ricorrenti, è evidente che all'opera ci sono fattori sociali più ampi [19]. Ad esempio, sarebbe sbagliato credere che le differenze esistenti negli schemi alimentari degli adolescenti siano dovute a decisioni rigorosamente individuali che essi prendono. In realtà, tali schemi sono anche una reazione al loro ambiente sociale [19].

La responsabilità individuale è fondamentale anche nelle questioni di salute e per questo motivo devono essere promosse in modo mirato [1]. Tuttavia, se il margine di manovra individuale è influenzato dalle condizioni di vita, attribuire il comportamento in materia di salute esclusivamente alla responsabilità individuale significa ignorare l'effettiva complessità delle iniquità di salute. Al riguardo, Michael Marmot osserva che le persone non possono assumersi alcuna responsabilità se non possono controllare ciò che accade loro³² (Marmot 2015, p. 51) [19]. Non si tratta quindi soltanto di sapere con quali strategie un individuo *vuole* reagire a una situazione di vita difficile, ma anche se *può* farlo.

Dal modello citato è possibile trarre due conclusioni per la politica e la prassi: innanzitutto, l'opinione secondo cui gli individui scelgono liberamente e consapevolmente il proprio comportamento non è sostenibile in questa forma categorica [23]. In secondo luogo, considerati gli effetti dei determinanti strutturali, le società sono tenute a riconoscere una parte della responsabilità delle iniquità di salute e ad assumersela.

³² Citazione in lingua originale: «People cannot take responsibility if they cannot control what happens to them» (Marmot 2015, p. 51) [19].

Le condizioni di vita vanno considerate prima del comportamento in materia di salute

Il modello indica che le iniquità di salute sono un problema sociale. Oggi sappiamo che i fattori materiali-strutturali hanno un impatto diretto ma anche indiretto sul comportamento e che i fattori psicosociali influenzano la salute. Per questo motivo, l'insorgere delle iniquità di salute si spiega innanzitutto con i fattori materiali-strutturali [31]. In base al principio secondo cui un problema deve essere risolto sul piano dove sorge, le misure per migliorare le pari opportunità di salute non possono agire unicamente sul comportamento di singoli individui. Un problema strutturale non può essere risolto unicamente con misure incentrate sull'individuo.

Agire sui determinanti strutturali e sui determinanti sociali della salute

Nella prassi, per migliorare le pari opportunità di salute occorre distinguere e lavorare su due tipi di determinanti: i *determinanti sociali della salute* e i *de-*

terminanti strutturali. I primi riguardano le condizioni di vita e di lavoro che influenzano direttamente la salute. Il principale obiettivo delle misure che agiscono sui determinanti sociali della salute consiste nel ridurre i carichi e rafforzare le risorse affinché ogni individuo abbia maggiori possibilità di gestire le proprie condizioni di vita rilevanti per la salute e prendere maggiormente il controllo sulla propria esistenza [3, 19].

Affinché gli effetti durino nel tempo occorrono misure che agiscono non solo sulle condizioni di vita, ma anche sui fattori che le influenzano, ossia sui *determinanti strutturali*. In altre parole, per migliorare durevolmente le pari opportunità di salute le disparità sociali devono essere affrontate direttamente e ridotte [7, 49, 73, 104].

In questo contesto, gli approcci basati sull'evidenza e i criteri di successo esposti qui di seguito sono suddivisi in determinanti strutturali e determinanti sociali della salute, e presentati in una versione semplificata del modello esplicativo (cfr. figura 12).

FIGURA 12

Versione semplificata del modello esplicativo



Collaborazione multisettoriale e *health in all policies*

Dato che le iniquità di salute possono avere cause diverse, occorrono interventi diversi per promuovere la salute dei gruppi socialmente svantaggiati. Tuttavia, i determinanti sociali della salute e in particolare i determinanti strutturali non possono essere influenzati solamente dal sistema sanitario. È necessaria una collaborazione intersettoriale tra la politica sanitaria e la politica sociale, economica, dell'istruzione e della pianificazione del territorio [73], ossia di quei settori politici che creano le condizioni affinché le persone possano condurre una vita sana [68]. La collaborazione multisettoriale si orienta al principio della salute in tutti i settori della politica (*health in all policies*).

Nella prassi è importante non che gli attori debbano essere tutti in grado di fare tutto, ma che le responsabilità e le competenze degli specialisti e delle istituzioni specializzate pertinenti siano ben coordinate e si integrino in modo ottimale.

Promozione della salute e prevenzione volte alle pari opportunità da una prospettiva che abbraccia l'intero arco della vita

Uno svantaggio sociale nella prima infanzia può avere ripercussioni negative sulla salute per tutta la vita, persino quando non sussiste più alcun svantaggio [68]. Pertanto, la promozione della salute e la prevenzione volte alle pari opportunità dovrebbero essere pianificate da una prospettiva che abbracci l'intero arco della vita e coinvolgerne tutte le fasi. Per facilitare una pianificazione sistematica a lungo termine, gli approcci basati sull'evidenza e i criteri di successo esposti qui di seguito sono, nel limite del possibile, presentati separatamente per fase di vita.

10.1.2 Problematica, obiettivi e applicazione pratica del capitolo

Il presente capitolo mostra cosa si può fare nella prassi per rimediare alle diverse opportunità di salute ed eliminare le differenze di salute dovute a fattori sociali rispondendo agli interrogativi seguenti.

- Quali approcci riducono alla prova dei fatti le iniquità di salute negli ambiti attività fisica e alimentazione, salute mentale e dipendenze?
- Quali approcci aggravano le disparità di opportunità in materia di salute in questi ambiti?
- Quali sono i criteri di successo per l'attuazione di misure efficaci nei gruppi svantaggiati?

L'obiettivo del capitolo è **identificare gli approcci d'intervento e i criteri di successo³³, che sinora si sono rivelati efficaci nella prassi**, ossia che hanno effettivamente contribuito a migliorare le pari opportunità di salute nei gruppi di popolazione svantaggiati. Anziché proporre un elenco esaustivo di approcci e criteri di successo utilizzati nella prassi e raccomandati dalle organizzazioni della sanità, qui di seguito presentiamo quelli che si sono dimostrati efficaci nelle revisioni sistematiche e nelle meta-analisi (e non solo in studi a sé stanti)³⁴. Questa procedura ci permette di formulare raccomandazioni basate sull'evidenza per la promozione delle pari opportunità di salute nei gruppi svantaggiati.

33 Per criteri di successo s'intendono le condizioni e le modalità che permettono di attuare con successo un approccio o una misura. Un approccio indica cosa può essere fatto, i criteri di successo come si dovrebbe farlo.

34 Se determinati approcci e criteri di successo non vengono discussi, non significa necessariamente che non siano efficaci. La loro assenza può anche essere dovuta al fatto che, ad oggi, non sono ancora state effettuate revisioni sistematiche o meta-analisi sulla loro efficacia e che per questo motivo mancano prove di qualità circa la loro efficacia.

10.1.3 Struttura del capitolo

Le **raccomandazioni** vengono innanzitutto divise **per tema**. In altre parole, in ogni sottocapitolo vengono formulate raccomandazioni specifiche per i temi attività fisica e alimentazione, salute mentale e dipendenze (sull'esempio della prevenzione del tabagismo)^{35,36}.

In ogni sottocapitolo tematico, le raccomandazioni sono **divise in** misure che agiscono sui **determinanti strutturali** e misure che agiscono sui **determinanti sociali della salute**. Ciò consente di situare concettualmente le misure raccomandate e di pianificarle e attuarle in modo sistematico.

Inoltre, siccome la promozione della salute e la prevenzione volte alle pari opportunità devono essere pianificate da una prospettiva che abbraccia l'intero arco della vita, laddove possibile e ragionevole, le misure sono formulate in modo **differenziato** per le **fasi di vita** gravidanza/prima infanzia (da -9 mesi a 3 anni), infanzia e adolescenza (da 4 a 20 anni), adulti in età lavorativa (da 21 a 64 anni) e adulti in età avanzata/molto avanzata (dai 65 anni).

I **capitoli** riguardanti i determinanti strutturali e i determinanti sociali della salute si concentrano sulle **persone socioeconomicamente svantaggiate**³⁷. Il motivo risiede nel fatto che lo statuto socioeconomico è l'elemento chiave che determina la posizione di una persona nella società. Tuttavia, dato che anche altri elementi cosiddetti orizzontali hanno un impatto significativo sulle opportunità di salute di una persona, abbiamo trattato le caratteristiche **genere, passato migratorio** nonché **orientamento sessuale e/o identità di genere (LGBTI)**³⁸ in **capitoli specifici**.

Tutti i sottocapitoli tematici sono arricchiti di **esempi tratti dalla prassi in Svizzera**. La selezione proposta non ha alcuna pretesa di esaustività.

Un ultimo capitolo raccomanda infine una serie di **approcci per lo sviluppo dell'organizzazione**. Approcci che contribuiscono a integrare sistematicamente le pari opportunità come obiettivo di lavoro nelle attività delle organizzazioni attive nella promozione della salute e nella prevenzione (capitolo 10.5). Lo sviluppo dell'organizzazione è un compito trasversale che tocca tutti e tre gli ambiti d'intervento (attività fisica e alimentazione, salute mentale e dipendenze).

Fonte del capitolo

Questo capitolo riassume i risultati di un rapporto elaborato su mandato di Promozione Salute Svizzera e dell'UFSP [281].

Sulla base di un'analisi della letteratura scientifica degli ultimi cinque anni sono stati individuati approcci d'intervento fondati sull'evidenza e criteri di successo per varie misure volte a migliorare le pari opportunità di salute. Per fare capo a conoscenze le più solide possibile, il capitolo si basa innanzitutto su revisioni sistematiche e/o meta-analisi.

Per consolidare le conoscenze tratte dalla letteratura scientifica e integrarle nelle esperienze pratiche fatte in Svizzera, sono stati creati due gruppi di accompagnamento: uno composto da specialisti della scienza e l'altro da specialisti della pratica.

³⁵ La scelta di questi temi è motivata nel capitolo 1.

³⁶ Le raccomandazioni sono ordinate per tema, in quanto, di norma, gli studi scientifici analizzano le misure favorevoli alla salute divise per tema d'intervento. Tuttavia, nella prassi e soprattutto nella promozione della salute per le persone in età avanzata è importante che le misure non vengano attuate separatamente, bensì pianificate e implementate combinate tra loro e in modo sistematico.

³⁷ Le espressioni «persone socioeconomicamente svantaggiate» e «statuto socioeconomico basso» si riferiscono a persone con un reddito basso, un patrimonio esiguo, un livello d'istruzione basso e una posizione professionale bassa (cfr. capitolo 3.1).

³⁸ La scelta delle caratteristiche orizzontali della disparità si fonda sui capitoli 3.1 e 3.3.

10.2 Attività fisica e alimentazione

Questo capitolo illustra gli approcci basati sull'evidenza (**in grassetto**) e i criteri di successo (sottolineato) per la promozione della salute e la prevenzione volte alle pari opportunità nell'ambito dell'attività fisica e dell'alimentazione.

10.2.1 Misure che agiscono sui determinanti strutturali per le persone con uno statuto socioeconomico basso

Nella letteratura scientifica vengono discussi diversi approcci in grado di promuovere (purché vengano applicati i criteri di successo esposti più avanti) un'attività fisica regolare e un'alimentazione equilibrata nelle persone con uno statuto socioeconomico basso:

- **adeguamento dei prezzi degli alimenti** tramite un aumento di quelli delle derrate alimentari «malsane» o **incentivi finanziari per un'alimentazione sana** sotto forma di sovvenzioni [105, 106];
- **misure strutturali nelle scuole**, ad esempio tramite linee guida, strategie e programmi di promozione dell'attività fisica e di un'alimentazione sana [106];
- **agevolazioni e deduzioni fiscali per corsi di sport rivolti ai bambini di famiglie socioeconomicamente svantaggiate**: incentivano i genitori e abbassano gli ostacoli finanziari che impediscono loro d'iscrivere i figli a corsi di sport e di favorirne l'attività fisica [105, 107].

Alcune valutazioni mostrano che queste misure strutturali non sempre contribuiscono a cambiare le abitudini delle persone con uno statuto socioeconomico basso per quanto riguarda l'alimentazione e l'attività fisica. Affinché le misure che agiscono sui determinanti strutturali siano efficaci occorre piuttosto creare le condizioni seguenti.

In questo ambito tematico, le misure strutturali risultano perlopiù efficaci solo se sono combinate con interventi a livello individuale [106, 108-111]. La combinazione di misure che intervengono a livello comportamentale e relazionale è pertanto decisiva. Questa combinazione è raccomandata sia per i bambini e gli adolescenti [58] che per gli adulti [105]. Ad esempio, le scuole che riscuotono maggiore successo nel cambiare le abitudini alimentari e di attività

fisica malsane sono quelle che, oltre ad adottare misure strutturali come linee guida, strategie e programmi promuovono anche l'alfabetizzazione sanitaria di docenti, allievi e genitori attraverso l'informazione e la sensibilizzazione [106].

Altri criteri di successo fondamentali sono l'orientamento dell'intervento a un gruppo di destinatari specifico e la partecipazione di quest'ultimo a tutte le fasi dell'intervento o del progetto, dalla sua pianificazione alla sua valutazione passando per la sua attuazione [112]. Ad esempio, i programmi scolastici efficaci sono stati sviluppati in modo partecipativo, ossia coinvolgendo nello sviluppo e nell'attuazione sia le famiglie che gli ambienti scolastici e/o i Comuni [106].

10.2.2 Misure che agiscono sui determinanti sociali della salute per le persone con uno statuto socioeconomico basso

Le misure sottostanti che agiscono sui determinanti sociali della salute e che si sono dimostrate efficaci nel promuovere un'attività fisica regolare e un'alimentazione equilibrata nelle persone con uno statuto socioeconomico basso sono nel limite del possibile divise per fase di vita.

10.2.2.1 Misure che abbracciano l'intero arco della vita

In generale, **gli interventi sulle condizioni di vita materiali-strutturali** risultano efficaci. È il caso ad esempio di cambiamenti dell'ambiente fisico come l'aumento del numero di parchi giochi o aree verdi in una città, la promozione dell'attività fisica quotidiana attraverso il potenziamento dei percorsi pedonali e delle piste ciclabili, o la limitazione del traffico motorizzato [106, 113]. Un'altra misura possibile consiste nel mettere a disposizione della popolazione le strutture sportive comunali quando non sono utilizzate dalle scuole [110].

Inoltre, a determinate condizioni, anche alcuni interventi di promozione dell'**offerta locale di pasti sani** nei quartieri svantaggiati si sono dimostrati efficaci [106, 109].

Analogamente alle misure che agiscono sui determinanti strutturali (cfr. capitolo 10.2.1), anche gli interventi sulle condizioni di vita fisiche da soli non migliorano se non in misura limitata le pari opportunità [108]. Ad esempio, la sola ristrutturazione di giardini pubblici, parchi giochi e cortili scolastici nei

quartieri con un'elevata percentuale di persone con uno statuto socioeconomico basso ha avuto effetti solo marginali sull'attività fisica di queste persone (adulti e bambini) [106]. Anche in questo caso, tra i principali criteri di successo degli interventi sulle condizioni di vita materiali rientra la combinazione di misure comportamentali e di misure relazionali [106]. L'adattamento dell'ambiente fisico andrebbe idealmente combinato con consulenze individuali sugli schemi comportamentali [106, 109, 110].

Una strategia potenzialmente vincente per combinare misure comportamentali e misure strutturali risiede nei progetti su larga scala che associano più livelli e componenti [112, 114]. A titolo di esempio, basta citare un intervento che promuove l'offerta locale di alimenti sani non solo nei supermercati, ma anche nelle bancarelle *take away*, nelle scuole, nelle aziende, nelle chiese e nelle istituzioni della società civile, utilizzando al contempo strategie di comunicazione per aumentare la domanda (ad es. cartelloni ed etichette sugli scaffali nei punti vendita, volantini e manifestazioni pubbliche). Per coinvolgere attivamente i gruppi svantaggiati sono stati altresì organizzati elementi partecipativi come seminari sulla pianificazione e sull'attuazione di progetti. Sulla base di diversi indicatori psicosociali e comportamentali nonché dell'indice di massa corporea (IMC o in inglese *Body Mass Index BMI*), tale progetto si è rivelato un successo [112]. Un altro studio indica che le strategie di comunicazione concomitanti come il *social marketing* permettono d'incrementare considerevolmente l'utilizzo di nuovi percorsi pedonali [114].

10.2.2.2 Gravidanza e prima infanzia (da -9 mesi a 3 anni)

Il setting famiglia, assistenza di base e Comuni risultano particolarmente adatti per promuovere l'attività fisica e l'alimentazione equilibrata nell'età prescolare. Nella fase di vita «gravidanza e prima infanzia», soprattutto gli **interventi volti a promuovere il ruolo esemplare dei genitori** sono efficaci per rendere più salutare l'alimentazione dei bambini in tenera età delle famiglie con uno statuto socioeconomico basso [108]. Al riguardo, il successo dipende essenzialmente dai criteri seguenti [108, 115].

- Gli approcci educativi (*educational approaches*) che utilizzano tecniche comportamentali e sostengono l'acquisizione di capacità concrete

(ad es. cucinare, comunicare, risolvere problemi, gestire conflitti) sono fondamentali. Tra questi figura l'apprendimento sulla base di esempi (vignette) che illustrano una situazione di partenza e mostrano soluzioni concrete.

- Questi interventi possono essere eseguiti con successo in diversi *setting*, ad esempio nella famiglia, nel quadro delle visite dal pediatra e nelle strutture per la custodia prescolare dei bambini, ma sono soprattutto quelli realizzati nel setting «Comuni» a risultare particolarmente efficaci nei bambini socioeconomicamente svantaggiati. È il caso ad esempio dei programmi di promozione precoce «*Head Start*» e «*Sure Start*» condotti con successo rispettivamente negli USA e nel Regno Unito.
- La consulenza alle madri sull'allattamento o sull'introduzione dei cibi solidi già durante la gravidanza o subito dopo il parto riveste una certa importanza [115].
- Si raccomanda inoltre di focalizzare l'attenzione su più temi contemporaneamente (ad es. oltre che sul sovrappeso anche sulle routine quotidiane e sulle abitudini riguardo a media e sonno), di sostenere le persone in questione nella definizione di obiettivi, di promuovere i contatti sociali e d'informare su altre offerte di sostegno disponibili nel Comune.

Negli **interventi volti a ridurre il peso** dei bambini in sovrappeso, le famiglie con uno statuto socioeconomico basso sono spesso sottorappresentate e difficili da reclutare [116]. Tra gli ostacoli individuati vi sono problemi di tempo e il fatto che i genitori non sono convinti che il peso del bambino costituisca un problema [116]. Gli interventi per ridurre il peso che risultano efficaci agiscono sul comportamento dei bambini e dei genitori in vari ambiti (alimentazione, attività fisica e quasi sempre consumo dei media) e combinano diversi approcci (ad es. automonitoraggio, controllo degli stimoli, strategie pedagogiche, componenti pratiche come degustazioni o attività fisiche comuni) [116]. Inoltre, per il reclutamento questi interventi si avvalgono preferibilmente dei pediatra e di setting specifici per i gruppi di destinatari (ad es. strutture mediche, altri programmi di sostegno), coinvolgono in modo partecipativo i genitori nello sviluppo del programma e si basano su tabelle IMC codificate a colori e culturalmente adattate [116].

10.2.2.3 Infanzia e adolescenza (da 4 a 20 anni)

Per i bambini e gli adolescenti svantaggiati, danno buoni risultati gli **interventi nell'ambito dell'attività fisica e dell'alimentazione nel setting «scuola»**. Tra questi figurano l'adeguamento delle condizioni materiali (ad es. cambiamenti nell'offerta di pasti e potenziamento delle opportunità di praticare un'attività sportiva) e misure comportamentali come la tematizzazione dell'attività fisica e dell'alimentazione durante le lezioni (di educazione fisica) [106].

Le misure risultano più efficaci se rispettano i criteri di successo seguenti:

- i temi alimentazione e attività fisica sono inseriti nei piani di studio e nelle lezioni [108];
- le lezioni ordinarie sono integrate con esercizi fisici o di rilassamento [108];
- le misure sono multitematiche e affrontano contemporaneamente più comportamenti individuali (ad es. attività fisica, alimentazione, consumo dei media) [108, 117, 118];
- le attività sportive extrascolastiche sono promosse, pubblicizzate o rese accessibili [108];
- le misure sono attuate da attori direttamente in contatto con i gruppi svantaggiati [105, 107];
- gli interventi sono adattati sul piano socioculturale al gruppo di destinatari [117];
- gli interventi coinvolgono più livelli [108]: l'associazione di misure di prevenzione comportamentali e relazionali rispettivamente il coinvolgimento del livello strutturale svolgono un ruolo fondamentale, ad esempio attraverso l'emanazione di linee guida, l'inserimento del tema nei piani di studio ed esercizi fisici nelle lezioni ordinarie, l'adeguamento dell'ambiente fisico o il cambiamento dell'ora dei pasti scolastici [108, 117-119]. Nel senso di interventi a più livelli, le misure nel contesto scolastico possono essere ben combinate anche con interventi in altri *setting*, ad esempio nella famiglia sotto forma di una riduzione del tempo trascorso davanti allo schermo o come educazione e terapia comportamentale in seno alla famiglia [120].

La situazione dei bambini di famiglie con uno statuto socioeconomico basso deve essere esplicitamente tenuta in considerazione nella pianificazione del progetto e nel monitoraggio. In parte, infatti, gli interventi cosiddetti universali, ossia non adattati a un gruppo di destinatari specifico, promuovono meno la salute dei bambini socioeconomicamente svantaggiati rispetto a quella dei bambini in una situazione privilegiata [121] e dunque aggrava ulteriormente la disparità di opportunità in materia di salute.

Per quanto riguarda gli adolescenti svantaggiati, è difficile individuare approcci chiari e specifici per questa fascia di età la cui efficacia sia solidamente provata [108, 122]. Alcuni studi hanno sì individuato interventi efficaci, ma secondo altri studi gli stessi approcci o approcci simili non hanno praticamente sortito effetti [122]. Gli interventi esaminati combinano perlopiù tecniche comportamentali e componenti educative e/o misure strutturali, ma sono stati realizzati in *setting* diversi (scuola, Comune, sistema sanitario, campeggio estivo) e perseguivano *outcome* diversi (ossia promozione dell'attività fisica, di un'alimentazione equilibrata e/o di un consumo dei media sano) [122]. Quasi tutti gli interventi includono dimostrazioni pratiche di determinati comportamenti ed esercitazioni con gli adolescenti (ad es. preparazione comune di spuntini sani) [122].

Il successo degli interventi dipende essenzialmente dal tipo di attuazione. I principali criteri di successo sono il coinvolgimento dei genitori, le attività fisiche nel quadro di eventi (ad es. gite, attività all'aperto) e la partecipazione degli adolescenti allo sviluppo e all'attuazione dei programmi (ad es. mediante *peer leader*) [122]. Nel quadro dell'approccio basato sui *peer leader*, gli allievi stessi realizzano parti dell'intervento o vengono incoraggiati a promuovere comportamenti sani a casa [123]. In generale, per cambiare le proprie abitudini in materia di alimentazione e attività fisica gli adolescenti svantaggiati hanno ancora fortemente bisogno del sostegno dei genitori. Si raccomanda pertanto di coinvolgere attivamente questi ultimi attraverso consulenze individuali o di gruppo, o la pianificazione di pasti e spuntini [122]. Inoltre, in questa così come in altre fasi di vita risulta più facile cambiare abitudini alimentari che apportare cambiamenti nella propria attività fisica o nel proprio IMC [122].

10.2.2.4 Adulti in età lavorativa (focalizzazione su famiglia e lavoro – da 21 a 65 anni)

Per quanto riguarda l'età adulta, sono pochi gli studi che esaminano gli interventi nell'ambito dell'attività fisica e dell'alimentazione di persone con uno status socioeconomico basso, e le componenti utilizzate sono relativamente eterogenee. Gli interventi nell'ambito dell'attività fisica esaminati sono perlopiù **interventi** comparativamente **complessi a componenti multipli, che combinano ad esempio tecniche comportamentali, componenti educative e cambiamenti strutturali dell'ambiente fisico** [108]. Molti interventi sono condotti da un professionista della salute [124]. I risultati degli studi disponibili sono insufficienti per indicare chiaramente quali approcci sono efficaci in questa fase di vita.

Alcuni elementi mostrano tuttavia che, nel complesso, gli interventi volti ad aumentare l'attività fisica producono effetti di lieve entità anche negli adulti svantaggiati e anche nell'ambito dell'alimentazione e della perdita di peso sono stati osservati dei miglioramenti [124-126].

Ciò nonostante, gli interventi universali risultano meno efficaci negli adulti svantaggiati che in quelli socioeconomicamente privilegiati [125, 126]. Occorre quindi adeguarli ai gruppi di destinatari specifici per evitare che le differenze di salute dovute a fattori sociali si aggravino ulteriormente.

Spesso, persino gli approcci standard specificamente adattati a gruppi di destinatari svantaggiati producono risultati peggiori che nella popolazione generale [126]. Di fatto, la promozione della salute e la prevenzione rivolte alle persone svantaggiate sono confrontate con sfide particolari. Nell'ambito dell'alimentazione, ad esempio, le persone socioeconomicamente svantaggiate hanno spesso difficoltà a seguire le raccomandazioni ricevute che percepiscono come equivocate, poco chiare e addirittura contraddittorie [111]. Per questo motivo è necessario assicurare una comunicazione a bassa soglia e priva di barriere.

Altri ostacoli che impediscono alle persone svantaggiate di partecipare a interventi preventivi sono un linguaggio troppo complicato, la mancanza di tempo e di strutture per la custodia dei bambini, difficoltà di lettura e nessuna possibilità di trasporto [126].

Per superare questi ostacoli, dagli studi esaminati si possono trarre le raccomandazioni seguenti [108, 110, 111].

- Contrariamente alle fasi di vita precedenti, le misure destinate agli adulti svantaggiati risultano più efficaci se si concentrano sul cambiamento di uno anziché più comportamenti.
- Anche nell'età adulta il coinvolgimento di più livelli può contribuire al successo degli interventi. Ad esempio, è possibile migliorare l'efficacia di quelli legati al comportamento e alle conoscenze nell'ambito dell'attività fisica e dell'alimentazione coinvolgendo i Comuni nello sviluppo e nell'implementazione delle misure e/o adeguando le infrastrutture nel Comune per l'intervento.
- Gli interventi attuati in gruppo sfruttano l'effetto del sostegno sociale e in media consentono di aumentare l'attività fisica di 70 minuti a settimana [127].
- Un contatto personale stretto favorisce il successo degli interventi così come la scelta di affidarne lo svolgimento a persone del gruppo di destinatari o che lo conoscono bene.
- I messaggi sono il più semplici possibile dal punto di vista del contenuto e del linguaggio.
- Gli interventi sono fortemente incentrati sulla motivazione e l'empowerment, e puntano sui cambiamenti a piccoli passi.
- Gli interventi sono più efficaci se il legame tra attività fisica/alimentazione e salute è chiaro e se i cibi sani appaiono gustosi e stuzzicanti.
- Gli interventi contemplano esercitazioni pratiche e prestano attenzione alla realizzazione concreta (ad es. sotto forma di vignette) e il loro contenuto è adeguato al gruppo di destinatari (ad es. ricette o attività fisiche adatte).
- Gli interventi sono combinati con un servizio di custodia dei bambini.

In questa fase di vita, il ruolo del *setting* risulta meno importante rispetto ad esempio all'infanzia [108] e il coinvolgimento di più livelli (ad es. del Comune nello sviluppo e nell'implementazione della misura) può sì migliorare l'efficacia degli interventi, ma in misura meno decisiva rispetto alle altre fasi di vita [108, 128].

In generale, il **setting «posto di lavoro»** è particolarmente adatto per raggiungere gli adulti in età lavorativa, ma sinora sono state condotte poche ricerche sulla promozione dell'attività fisica e dell'alimentazione volte alle pari opportunità in questo *setting*. Le conoscenze limitate in materia possono essere così riassunte: gli interventi condotti sul posto di lavoro mirano alle pari opportunità se si rivolgono a un gruppo di destinatari specifico, in altre parole se si concentrano sui lavoratori socioeconomicamente svantaggiati [129]. Le misure universali comportano addirittura il rischio di aggravare la disparità di opportunità in materia di salute. Per contro, la scelta di non basare gli interventi esclusivamente sull'istruzione e sulla consulenza ma di includervi offerte concrete di attività fisica (ad es. camminare, fare jogging, andare in bicicletta) si rivela un criterio di successo [129]. Tra i cambiamenti dell'ambiente di lavoro efficaci figurano ad esempio la valorizzazione delle scale e il miglioramento dell'offerta di alimenti sani nei distributori automatici e nelle mense.

Benché poco studiati nell'ottica dei gruppi svantaggiati, gli **interventi basati sulla tecnologia** che si avvalgono ad esempio di SMS, smartphone e/o *fitness tracker* appaiono promettenti [110, 130], hanno il vantaggio di essere flessibili in termini di tempo, interattivi e personalizzabili, e permettono di aggirare ostacoli come i costi di trasporto o la mancanza di servizi per la custodia dei bambini [110, 130]. Nella popolazione generale è già stato dimostrato che, ad esempio, un *fitness tracker* da solo può rivelarsi un intervento efficace, ma che interventi comportamentali supplementari possono accrescerne ulteriormente il successo [131]. Per quanto riguarda le persone socialmente svantaggiate è importante sapere che i *fitness tracker* incitano all'attività fisica soprattutto le persone fisicamente inattive [131].

10.2.2.5 Adulti in età avanzata e molto avanzata (dai 65 anni)

Anche per quanto riguarda la fase di vita più avanzata, sinora esiste poca evidenza riguardo agli interventi volti alle pari opportunità nell'ambito dell'attività fisica e dell'alimentazione. Non è quindi possibile individuare approcci specifici con solide prove di efficacia³⁹. Malgrado la mancanza di revisioni sistematiche e meta-analisi al riguardo, la letteratura scientifica tratta soprattutto gli approcci seguenti.

- Misure individuali e di gruppo volte a **promuovere l'attività fisica nella vita quotidiana**, attuate nel *setting* «Comune» e combinando ad esempio approcci educativi e tecniche comportamentali: nel complesso, questi interventi migliorano la salute fisica e psichica, aumentano la vitalità e soprattutto riducono il rischio di depressione [132].
- **Interventi basati sulla tecnologia** (ad es. via telefono, Internet o *fitness tracker* tra cui i contapassi): questi interventi combinati possono contribuire ad aumentare l'attività fisica in età avanzata [133, 134], danno feedback sull'attività fisica e forniscono consigli comportamentali personalizzati.
- **Visite preventive a domicilio da parte di professionisti della salute** per sensibilizzare sul tema dell'attività fisica in età avanzata [135]. Questi interventi contribuiscono a stabilizzare l'attività fisica anche se i loro effetti variano a dipendenza dell'età e del genere delle persone che vi partecipano (la loro efficacia è maggiore nelle persone più anziane e di sesso femminile).
- In combinazione con le visite preventive a domicilio, l'invio di **lettere** motivanti generate al computer **corredate di valutazioni personalizzate dell'attività fisica e consigli concreti su attività nelle immediate vicinanze** [135]: questo approccio è interessante perché l'effetto positivo delle lettere non dipende dal livello d'istruzione delle persone anziane.

³⁹ A questo proposito si ribadisce che la mancanza di solide prove di efficacia non significa che gli interventi sinora attuati non abbiano avuto successo e che non si possa fare nulla per ridurre le iniquità di salute in età avanzata. La loro assenza può anche essere dovuta semplicemente al fatto che non sono ancora state effettuate revisioni sistematiche o meta-analisi sugli interventi volti alle pari opportunità nell'attività fisica e nell'alimentazione in età avanzata.

Per quanto riguarda invece i criteri di successo basati sull'evidenza per la promozione di un'alimentazione sana e dell'attività fisica nelle persone anziane, dall'analisi della letteratura scientifica emerge che, nella popolazione generale, la promozione dell'attività fisica in età avanzata è più efficace se attuata in gruppo e se include offerte il più concrete possibile (nel Comune o a domicilio) [133]. Inoltre, i passaggi tra le diverse fasi di vita (ad es. il pensionamento) sono il momento ideale per migliorare il proprio comportamento in materia di salute [133].

Nello specifico, per le persone anziane socioeconomicamente svantaggiate sono stati individuati i criteri di successo seguenti [132]:

- adeguamento del contenuto e del linguaggio al contesto socioculturale: ad esempio materiale informativo scritto adattato ai partecipanti, musica specifica per accompagnare gli esercizi di ginnastica o ancora istruttori dello stesso ambiente socioculturale dei partecipanti (*peer educator*);
- rafforzamento dell'empowerment, ad esempio attraverso un approccio incentrato sulla persona;
- trasmissione d'informazioni sulla salute;
- combinazione di approcci educativi e tecniche comportamentali;
- attuazione degli interventi da parte di personale sanitario qualificato.

Altri criteri di successo per la promozione della salute delle persone anziane svantaggiate sono il coinvolgimento dei medici di famiglia, le visite preventive a domicilio e il (re)inserimento sociale (ad es. tramite offerte di gruppo o lavoro comunitario) [29].

10.2.3 Focalizzazione su genere, passato migratorio, LGBTI

Dopo le raccomandazioni per le persone con uno statuto socioeconomico basso, il presente capitolo si concentra sulle caratteristiche orizzontali dello svantaggio, ossia genere, passato migratorio e orientamento sessuale e/o identità di genere, e per ciascuna di esse cerca di chiarire a cosa deve prestare attenzione la promozione della salute mentale volta alle pari opportunità.

10.2.3.1 Genere

Nell'ambito dell'attività fisica e dell'alimentazione non di rado gli interventi hanno un impatto diverso a dipendenza del genere [114, 137-139]. In altre parole, alcune volte a trarne maggior beneficio sono gli uomini rispetto alle donne e a volte capita il contrario. Questo effetto legato al genere può manifestarsi nei cambiamenti comportamentali e nei modi di utilizzare una misura. Ad esempio, una revisione sistematica sull'uso dei giardini pubblici volta a migliorare le condizioni di vita materiali ha evidenziato che il numero di donne che usufruiscono dei parchi è circa uguale a quello degli uomini, ma che i due gruppi vi svolgono attività diverse: gli uomini li utilizzano più frequentemente per praticare attività fisiche e sportive intense, le donne soprattutto per passeggiare o non fare nulla di fisico [137].

Benché gli studi esaminati non permettano di valutare queste differenze di genere nell'uso e nell'efficacia di una misura, dalle analisi empiriche è possibile trarre alcune raccomandazioni generali per la prassi.

- Non si può partire dal presupposto che gli interventi nell'ambito dell'attività fisica e dell'alimentazione abbiano lo stesso un effetto sui generi. Per questo motivo, nell'elaborare, attuare, monitorare e valutare una misura la caratteristica *genere* deve essere sistematicamente tenuta in considerazione.
- Gli **interventi specifici** che si rivolgono in modo mirato alle donne (soprattutto con un passato migratorio) si dimostrano validi se prevedono adeguamenti socioculturali e linguistici, hanno un orientamento partecipativo, coinvolgono attori della salute del gruppo di destinatari o vengono effettuati in *setting* delle comunità in questione (ad es. chiese) [130]. Anche per quanto riguarda la promozione degli sport di squadra tra le ragazze i criteri di successo sono simili e includono la consultazione diretta delle ragazze su quale tipo di sport vorrebbero praticare e il rafforzamento della motivazione a praticare un'attività fisica ad esempio attraverso uno stile di allenamento partecipativo e motivante o il reclutamento di istruttori simpatici [140].

- Anche la sottorappresentanza maschile negli interventi nell'ambito dell'attività fisica e dell'alimentazione [141-143] costituisce una differenza di genere significativa. In questo caso il problema risiede soprattutto nel **reclutamento di uomini** e in particolare, nell'ottica delle pari opportunità, nel reclutamento di *uomini socioeconomicamente svantaggiati e anziani*. Per riuscire a intercettare maggiormente l'interesse maschile si raccomanda tra l'altro di porre l'accento sull'attività fisica e sul miglioramento/mantenimento delle prestazioni fisiche, di apportare adeguamenti linguistici (ad es. «allenamento» invece di «ginnastica») e di procedere al reclutamento e all'attuazione delle misure nei «setting maschili» (ad es. associazioni, organizzazioni, club sportivi) [142, 144]. Inoltre, si è osservato che gli uomini anziani che hanno vissuto momenti critici (pensionamento, limitazione fisica, scomparsa di persone care) sono più motivati a occuparsi della loro attività fisica e della loro alimentazione [144].

10.2.3.2 Passato migratorio

Ad oggi, solo pochi studi hanno esplicitamente esaminato in che modo le misure che agiscono sui determinanti strutturali si ripercuotono sulla popolazione migrante. Occorre pertanto intensificare la ricerca per poter dare indicazioni su come concepire e attuare idealmente tali misure.

Per quanto riguarda invece i determinanti sociali della salute sono stati individuati dei chiari criteri di successo per gli interventi tra i migranti nell'ambito dell'attività fisica e dell'alimentazione. In buona sostanza, tali interventi sono più efficaci se:

- sono adeguati dal punto di vista del contenuto e del linguaggio al gruppo di destinatari;
- sono partecipativi;
- si svolgono nel quadro di strutture e setting delle comunità migranti;
- sono effettuati da persone appartenenti al gruppo di destinatari o da persone bilingue [130, 145];
- includono la famiglia (ad es. trattano valori familiari, coinvolgono membri della famiglia) [146].

Un rapporto di riferimento svizzero sulle pari opportunità e sul peso corporeo sano sottolinea in modo analogo l'importanza della partecipazione degli attori della sanità e dei gruppi o delle organizzazioni di autoaiuto delle comunità migranti [58].

Riguardo alla popolazione migrante, risultati positivi giungono dalle **offerte basate sul web** [147]. Alcuni studi sulla perdita di peso nei gruppi minoritari negli USA mostrano che questo tipo di offerte registra tassi di successo particolarmente elevati (superiori al 70%) [147], risultato che sottolinea il potenziale e la buona accettazione di questi approcci nei gruppi svantaggiati. Allo stato attuale delle conoscenze, gli interventi basati sul web sono combinati idealmente con un sostegno personale puntuale [147] e adeguati dal punto di vista del contenuto e del linguaggio al gruppo di destinatari [148].

Benché sinora sia stato perlopiù trascurato, un altro importante criterio di successo delle campagne destinate alla popolazione migrante risiede nei **canali mediatici per gruppi di destinatari specifici**⁴⁰ [149, 150].

Per quanto riguarda i bambini dal passato migratorio, gli approcci efficaci sono simili a quelli per i bambini socioeconomicamente svantaggiati (cfr. capitolo 10.2.2.3) [145].

10.2.3.3 Orientamento sessuale e identità di genere

Benché i risultati empirici mostrino che anche i membri della comunità LGBTI sono confrontati con problemi di peso e addirittura con un rischio maggiore di disturbi alimentari [151, 152], gli studi sinora condotti sugli interventi volti alle pari opportunità nell'ambito dell'attività fisica e dell'alimentazione non hanno praticamente considerato l'orientamento sessuale e/o l'identità di genere, né dal punto di vista dei determinanti strutturali né da quello dei determinanti sociali della salute [152, 153]. L'analisi della letteratura scientifica ha quindi prodotto solo poca evidenza sugli interventi nell'ambito dell'alimentazione e dell'attività fisica adattati specificamente per i membri della comunità LGBTI.

⁴⁰ Cfr. le campagne sulla prevenzione del tabagismo illustrate nel capitolo 10.4.1

Il successo di alcuni **interventi per gruppi di destinatari specifici** volti a promuovere l'attività fisica e un'alimentazione sana tra le donne lesbiche e bisessuali negli USA [154] è ascrivibile all'attuazione in gruppo e in collaborazione con organizzazioni locali del gruppo di destinatari nonché alla focalizzazione sull'attività fisica anziché sul peso visto che quest'ultimo può essere considerato come espressione di un'immagine del corpo eteronormativa [154].

Un altro studio evidenzia che la presenza negli impianti sportivi di **spogliatoi neutrali dal punto di vista del genere** (donne e uomini) possono eliminare un ostacolo lungo la via verso una maggiore attività fisica soprattutto per le persone *transgender*, ma in parte anche per le persone omosessuali e bisessuali [152]. L'analisi della letteratura scientifica non ha tuttavia permesso d'individuare studi espliciti sull'impatto di questo tipo di spogliatoi sull'attività fisica.

Infine, diversi studi rilevano che il **confronto con immagini standardizzate del corpo** costituisce un buon punto di partenza per promuovere l'attività fisica e un'alimentazione sana tra gli adolescenti LGBTI [152, 153]. Il tema «immagine positiva del corpo» permette di affrontare diversi aspetti come le abitudini alimentari e di attività fisica, i disturbi alimentari e la salute mentale.

10.2.4 Esempi tratti dalla prassi in Svizzera

Questo capitolo presenta alcuni progetti realizzati in Svizzera per promuovere un'attività fisica e un'alimentazione equilibrata volte alle pari opportunità. Nel selezionarli abbiamo prestato attenzione al fatto che a) siano ben documentati, b) illustrino gli approcci e i criteri di successo individuati durante l'analisi della letteratura scientifica e c) coprano diverse fasi di vita e caratteristiche rilevanti per la disparità. Ciò nonostante, l'elenco non ha alcuna pretesa di esaustività e numerosi progetti esemplari sono stati esclusi per motivi di spazio.

- **Programmi per la promozione precoce dei bambini, ad esempio «petits pas»** (<https://www.a-primo.ch/fr/offres/petits-pas/general>): non professionisti formati (spesso donne migranti) si recano al domicilio di famiglie socialmente svantaggiate per offrire loro una consulenza sulla promozione precoce dei bambini, sul sistema educativo svizzero e sulla promozione della salute, e promuovere la loro integrazione sociale.

- **Consulenza a genitori con un passato migratorio sulla promozione dell'attività fisica e di un'alimentazione sana a partire dal parto, ad esempio «Miges Balù»** (https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/1-kap/fokusthemen/fruehe-foerderung/Steckbrief_MigesBalu_082017.pdf): il consultorio genitori e bambini è un'offerta a bassa soglia nel *setting* «Comune» che fornisce consulenze anticipate ai genitori. Il progetto *Miges Balù* aiuta i consultori genitori e bambini a raggiungere meglio le famiglie con un passato migratorio e a promuovere un'alimentazione equilibrata e un'attività fisica regolare a partire dal parto. A tale scopo, si avvale di mediatori interculturali e propone sia a questi ultimi sia ai consulenti genitori e bambini corsi di formazione continua sulla competenza transculturale, sull'attività fisica e l'alimentazione, sulla percezione del corpo ecc.
- **Corsi di ballo per ragazze e giovani donne, ad esempio «roundabout»** (<http://www.roundabout-network.org/home>): oltre all'attività fisica di ragazze e giovani donne, i corsi di ballo promuovono anche la loro autostima. Sebbene non siano rivolti esclusivamente alle ragazze e alle giovani donne svantaggiate, esse usufruiscono più spesso dell'offerta *roundabout* che di altre offerte tradizionali.
- **Corsi di preparazione al parto con interpreti interculturali, ad esempio «Mamamundo»** (<https://www.mamamundo.ch/fr/>): durante i corsi di preparazione al parto, le donne incinte con un passato migratorio affrontano i temi gravidanza, parto e puerperio, e praticano esercizi fisici in gruppo. L'accesso a queste donne è agevolato da levatrici, ginecologi o medici degli ospedali.
- **Promozione della salute e prevenzione nella famiglia, tavole rotonde per donne e uomini migranti, ad esempio «femmesTISCHE», «hommesTISCHE» o forum di padri** (<https://www.femmes-tische.ch/fr/home-1.html>): *femmesTISCHE* permette alle donne di confrontarsi con altre donne in un contesto informale su questioni relative all'educazione e alla salute. Una donna invita a casa sua da sei a otto madri della sua cerchia di conoscenze. La persona che modera l'incontro lancia la discussione sul tema scelto con un breve filmato, immagini o altro materiale. Nel corso di queste tavole rotonde, le donne con

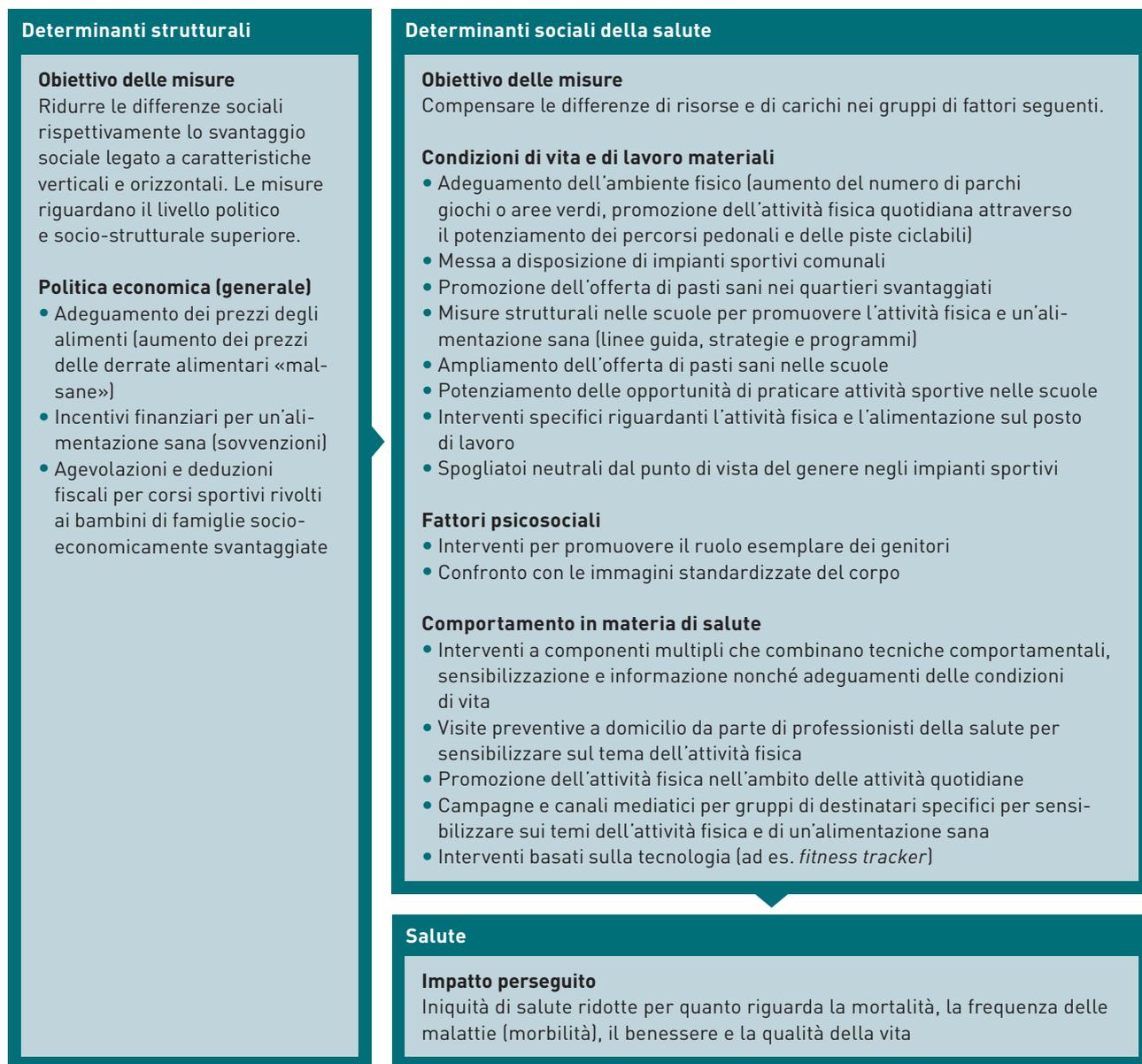
un passato migratorio ricevono informazioni chiare su come promuovere la loro salute e quella dei loro figli. Sono inoltre disponibili moduli specifici per la promozione dell'attività fisica e di un'alimentazione sana nei bambini in età prescolare, in età scolare e nelle donne, nonché materiale per la prevenzione del tabagismo e per il miglioramento della salute mentale. L'approccio basato sull'istruzione nel gruppo dei pari (*peer group education*) è particolarmente promettente per l'educazione a bassa soglia dei genitori in particolare nel settore della migrazione.

- **Serate per uomini anziani, ad esempio «Feierabendtreff Männer 60 plus»** (http://www.gesundemaenner.ch/data/data_304.pdf): a queste serate, gli uomini *over 60* vengono informati ad esempio sul tema del pensionamento e della coppia. Tra le organizzazioni che agevolano l'accesso a questo gruppo di uomini figurano Pro Senectute regione Bern/ZiA, le parrocchie e il Forum *Männergesundheit*. Il progetto è strutturato in modo partecipativo e può essere adattato per gruppi specifici di uomini svantaggiati.

10.2.5 Sintesi

Gli approcci illustrati sopra vengono qui di seguito esposti in una versione semplificata del modello esplicativo (cfr. capitolo 6). Incentrato sulla pratica, tale modello vuole riassumere le diverse possibilità per migliorare le pari opportunità di salute nell'ambito dell'alimentazione e dell'attività fisica mostrando alcune misure concrete e collaudate per diversi settori della politica e determinanti della salute. Questa modalità di rappresentazione evidenzia i legami esistenti e le possibili combinazioni tra le diverse misure. Ad esempio, la misura «promozione dell'offerta di pasti sani nei quartieri svantaggiati» (sul piano delle condizioni di vita materiali) può essere ragionevolmente integrata con misure che agiscono sui determinanti strutturali come l'«adeguamento dei prezzi degli alimenti» o gli «incentivi finanziari per un'alimentazione sana». Il modello facilita quindi la pianificazione sistematica della promozione della salute e della prevenzione volte alle pari opportunità.

FIGURA 13

Approcci efficaci per promuovere un'alimentazione sana e l'attività fisica nelle persone socialmente svantaggiate

10.3 Salute mentale

Questo capitolo illustra gli approcci basati sull'evidenza (**in grassetto**) e i criteri di successo (sotto-lineato) per la promozione della salute e la prevenzione volte alle pari opportunità nell'ambito della salute mentale.

10.3.1 Misure che agiscono sui determinanti strutturali per le persone con uno statuto socioeconomico basso

In generale, le misure che agiscono sui determinanti strutturali sono importanti nella promozione della salute mentale, soprattutto se intendono migliorare quella delle persone con uno statuto socioeconomico basso.

Una misura specifica per promuovere la salute mentale consiste nel cambiare le norme e i valori sociali attraverso **campagne volte a ridurre la stigmatizzazione delle persone affette da malattie psichiche**⁴¹. In effetti, la riduzione della stigmatizzazione delle malattie mentali è una misura cruciale per promuovere la salute mentale [155]. Solitamente, in tali campagne vengono applicate una o diverse delle strategie seguenti [156]:

- creazione di un contatto tra le persone affette da malattie psichiche e quelle sane;
- diffusione di materiale audiovisivo con storie personali di persone affette da malattie psichiche;
- trasmissione di conoscenze sull'insorgenza e sulle conseguenze delle malattie psichiche,
- formazione del personale medico sulla presa di contatto con le persone affette da malattie psichiche;
- attività di *advocacy*, ossia campagne pubbliche per porre fine alla stigmatizzazione.

Allo stato attuale delle conoscenze, l'approccio più efficace consiste nel combinare la creazione di un contatto tra persone affette da malattie psichiche e persone sane con la trasmissione di conoscenze [156].

Fatta eccezione per questa misura specifica, la letteratura scientifica si occupa prevalentemente di misure strutturali che non riguardano esclusivamente o esplicitamente la salute mentale. Gli interventi che agiscono sui determinanti strutturali non sempre hanno un impatto diretto e misurabile sulla salute mentale [157], ma spesso creano le condizioni preliminari per affrontare problemi sanitari e sociali [158]. Inoltre, come mostra il modello esplicativo (cfr. capitolo 6), queste misure contribuiscono a ridurre le disparità sociali e prevengono l'insorgere di iniquità di salute. A grandi linee, le misure strutturali generali che si sono dimostrate valide nel promuovere la salute mentale delle persone con uno statuto socioeconomico basso si focalizzano sui seguenti aspetti.

- **L'eliminazione della povertà** costituisce una misura prioritaria per promuovere la salute mentale delle persone svantaggiate e per prevenire le malattie mentali [158, 159]. La stabilizzazione della situazione economica delle famiglie con bambini riveste un ruolo essenziale: uno statuto socioeconomico basso ha diverse ripercussioni negative sulla salute mentale che possono produrre effetti sfavorevoli anche nell'età adulta [160]. L'eliminazione della povertà comprende diverse misure tra cui quelle per la promozione di salari minimi equi, per la redistribuzione della ricchezza nella società o ancora per la prevenzione dell'indebitamento. Occorre inoltre tenere presente che a volte i gruppi svantaggiati hanno bisogno di un sostegno supplementare a livello individuale per poter usufruire delle offerte di lotta alla povertà esistenti e migliorare la loro situazione finanziaria [161].
- **Un accesso agevolato al mercato del lavoro** ha un impatto positivo sull'eliminazione della povertà e sulla salute mentale [158]. Al riguardo, i criteri di successo particolarmente importanti sono due: l'orientamento dei programmi alle persone svantaggiate e lo sviluppo attivo di buona collaborazione del sistema sociale con quello sanitario [158].

⁴¹ Cfr. ad esempio la campagna *See Me* che si prefigge di eliminare la stigmatizzazione delle malattie psichiche (<https://www.seemescotland.org/>).

- Per quanto riguarda gli adulti in età lavorativa, ottengono buoni risultati anche i **programmi per facilitare la ricerca di un impiego** e i **programmi di reinserimento** nel mercato del lavoro primario. Dei primi si rivelano efficaci soprattutto quelli attuati in gruppi, che consentono ai partecipanti di prendervi parte attivamente e che trasmettono competenze concrete (ad es. utilizzare i *social network*, creare un dossier di candidatura, superare un colloquio di lavoro) [158]. I secondi, dal canto loro, promuovono la salute mentale delle persone affette (attualmente o in passato) da malattie psichiche più efficacemente dei programmi occupazionali. In questo caso i principali criteri di successo sono la mediazione tra datori di lavoro e lavoratori nonché l'assistenza ai lavoratori durante il reinserimento professionale [162, 163].
 - Un **accesso universale a offerte di qualità per la custodia dei bambini piccoli** aiuta a ridurre le differenze socioeconomiche in quanto i bambini dei contesti svantaggiati tendono a usufruirne maggiormente rispetto ai bambini delle famiglie agiate [164]. Questa misura può rivelarsi fondamentale per uno sviluppo sano dei bambini e ha effetti positivi sia sulla riuscita scolastica sia sullo statuto socioeconomico in età adulta [165]. Dato che le iniquità di salute devono essere considerate da una prospettiva che abbraccia l'intero arco della vita, offerte di questo tipo racchiudono un potenziale considerevole e duraturo.
- ### 10.3.2 Misure che agiscono sui determinanti sociali della salute per le persone con uno statuto socioeconomico basso
- Le misure sottostanti che agiscono sui determinanti sociali della salute e che si sono dimostrate efficaci nel promuovere la salute mentale delle persone con uno statuto socioeconomico basso sono, nel limite del possibile, divise per fase di vita.
- #### 10.3.2.1 Misure che abbracciano l'intero arco della vita
- La letteratura scientifica descrive una serie di misure che agiscono sui determinanti sociali della salute e che promuovono efficacemente la salute mentale delle persone con uno statuto socioeconomico basso [158, 159].
- Tra le misure meglio documentate vi è quella di **migliorare la situazione abitativa** [158] attraverso a) la promozione di strutture che aiutano le persone svantaggiate a permettersi un appartamento, b) la promozione della mescolanza sociale nei quartieri e c) la promozione dei lavori di risanamento e di ristrutturazione di abitazioni nelle zone svantaggiate (senza aumento degli affitti).
 - Dato che le persone socioeconomicamente svantaggiate incontrano diverse difficoltà nell'accedere alle prestazioni sanitarie (cfr. capitolo 6.4.2), le misure per **agevolare l'accesso al sistema sanitario e alle informazioni sulla salute** contribuiscono a migliorare la loro salute fisica e psichica [158]. Le possibilità per abbassare la soglia d'accesso delle prestazioni sanitarie sono diverse. Da un lato, i Comuni possono collaborare con pari influenti dei gruppi svantaggiati che consentono loro di cogliere i bisogni specifici di tali gruppi (ed elaborare così offerte adeguate) e possono anche far conoscere le prestazioni sanitarie nella loro comunità. Dall'altro, i Comuni possono cooperare con gli operatori sociali che fanno visita alle persone svantaggiate e le incoraggiano a usufruire delle offerte universali. Infine, sia le offerte sia il personale medico possono utilizzare un linguaggio adeguato al gruppo di destinatari specifico (semplificato, chiaro, attento ai bisogni e volto a eliminare i pregiudizi nei confronti del sistema ordinario) [158].
 - Numerosi studi mostrano l'esistenza di un legame tra **l'accesso alle aree di svago** (parchi, boschi e punti d'acqua) e la salute mentale [155, 158]. L'ultima indagine europea sulla qualità di vita (EQLS) [170] ha evidenziato che la salute mentale dei gruppi di popolazione con uno statuto socioeconomico basso è tanto più vicina a quella delle persone privilegiate quanto migliore è il loro accesso alle aree di svago. Malgrado il potenziamento di queste aree non aumenti automaticamente l'attività fisica dei gruppi di popolazione svantaggiati (cfr. capitolo 10.2.1), l'accesso alle aree di svago è cruciale per la salute mentale.
 - Infine, dato che l'isolamento sociale accresce il rischio di malattie psichiche, la **promozione di strutture che favoriscono l'integrazione sociale**

delle persone svantaggiate fornisce un contributo essenziale al miglioramento della salute mentale [158].

10.3.2.2 Gravidanza e prima infanzia (da -9 mesi a 3 anni)

Nella prima infanzia, i **programmi di sostegno per i genitori** sono l'approccio che più di altri ha avuto un impatto positivo sulle competenze educative dei genitori e di conseguenza sul benessere psichico dei bambini svantaggiati [158]. Spesso tali programmi vengono svolti in gruppo ma possono essere attuati anche nel quadro o in combinazione con le visite a domicilio [164]. Uno strumento fondamentale di questi interventi consiste nelle vignette situazionali che prendono spunto dal quotidiano [171], ossia in esempi che descrivono la situazione di partenza e mostrano soluzioni concrete.

Per i programmi basati sul gruppo volti a sostenere i genitori svantaggiati, l'analisi della letteratura scientifica ha permesso d'individuare i criteri di successo seguenti.

- Inizio del programma già durante la gravidanza: idealmente, la promozione della salute mentale volta alle pari opportunità deve iniziare il prima possibile per prevenire problemi psichici in età adulta [158, 159, 162, 164, 172].
- Reclutamento e attuazione nel Comune anziché nel quadro dell'assistenza medica ordinaria [173].
- Programma proposto nel quadro della scolarizzazione [173].
- Adeguamento del contenuto del programma ai bisogni del gruppo di destinatari (ad es. approfondimento di un argomento/una situazione finché lo/la si padroneggia) [173].
- Coinvolgimento partecipativo precoce delle organizzazioni del gruppo di destinatari nello sviluppo o nell'adattamento dei programmi [174].

I programmi di sostegno destinati ai genitori possono essere attuati oltre che in gruppo anche nel quadro di visite a domicilio. La combinazione di queste due misure è particolarmente promettente sia per i genitori sia per i bambini [164]. La persona che effettua le visite a domicilio deve essere qualificata, in altre parole deve essere una o un professionista oppure una o un non professionista specificamente formata/o [158, 164].

10.3.2.3 Infanzia e adolescenza (da 4 a 20 anni)

Durante l'infanzia e l'adolescenza, il **setting fondamentale per la promozione della salute mentale è la scuola**. I diversi approcci utilizzati sono spesso focalizzati sulla promozione dei fattori psicosociali.

- Per promuovere la salute mentale dei bambini e degli adolescenti sono risultati efficaci soprattutto il **rafforzamento della resilienza e delle competenze socioemotive e di vita** (segnatamente gli **approcci basati sulla consapevolezza**) [158, 175-179]. Mentre gli approcci incentrati sulle competenze socioemotive, rispettivamente di vita, puntano tra l'altro a promuovere la fiducia in se stessi, l'autogestione, le capacità relazionali e la capacità decisionale [176]. Quelli focalizzati sulla resilienza mirano a rafforzare i fattori protettivi; in questo ambito, oltre alla terapia cognitivo-comportamentale, possono tornare utili il rafforzamento delle competenze socioemotive, l'allenamento alla consapevolezza e la psicologia positiva [175].
- Anche gli **interventi scolastici incentrati sull'alfabetizzazione in materia di salute mentale (*mental health-literacy*), gli atteggiamenti nei confronti della salute mentale e i cambiamenti di comportamento** (ad es. maggiore ricorso agli aiuti) hanno prodotto risultati positivi. L'analisi della letteratura scientifica evidenzia che è più facile migliorare l'alfabetizzazione in materia di salute mentale (ossia le conoscenze e le competenze sulla prevenzione, l'individuazione e la gestione di malattie psichiche) che cambiare gli atteggiamenti e i comportamenti [180]. Lo stesso vale anche per gli interventi di prevenzione dei suicidi [181].

Gli approcci descritti sono efficaci anche per i bambini socioeconomicamente svantaggiati e per quelli con un passato migratorio [167, 178]. Indipendentemente dall'approccio adottato, i criteri di successo che si sono dimostrati validi negli interventi scolastici per promuovere la salute mentale dei bambini svantaggiati sono i seguenti [158, 165, 182]:

- attuazione da parte di pari;
- focalizzazione su attività interattive;
- follow-up periodici;
- coinvolgimento di più livelli;

- **combinazioni trasversali** (al riguardo hanno prodotto effetti positivi, da soli o combinati, soprattutto i temi salute mentale, comportamento aggressivo, alimentazione sana e attività fisica);
- «*Health promoting school approach*» dell'OMS (1996), intervento a lungo termine che coinvolge l'intera scuola a più livelli (genitori, insegnanti e allievi).

Mentre per l'infanzia non vi sono pressoché prove circa l'efficacia e l'inclusione del principio delle pari opportunità degli approcci nei *setting* non scolastici, per l'adolescenza esistono pochi studi sulle misure realizzate in contesti extrascolastici.

- **Gli interventi per gruppi di destinatari specifici incentrati sulla famiglia** permettono di aumentare il benessere degli adolescenti svantaggiati [183]. Tutti gli interventi sono attuati in gruppo, si rivolgono ai genitori e agli adolescenti contemporaneamente, mirano a rafforzare le competenze educative e a migliorare la vita familiare, e sono effettuati nella lingua madre dei partecipanti [183].
- I risultati divergono per quanto riguarda l'efficacia delle **offerte per il tempo libero che favoriscono uno sviluppo positivo dell'adolescente** (*positive youth development*) [165, 181]. Una revisione sistematica che le considera efficaci per gli adolescenti svantaggiati, individua i criteri di successo nell'applicazione dei principi SAFE (*sequenced, active, focused, and explicit*; in italiano: graduale, attivo, focalizzato ed esplicito) e nella promozione mirata tramite metodi basati sull'evidenza di almeno una delle competenze di vita seguenti: autostima, autoefficacia, autocontrollo, capacità di risolvere problemi (*problem solving*), *leadership*, capacità di prendere decisioni (*decision making*) e capacità di risolvere conflitti [165].
- **La promozione della salute e la prevenzione di problemi comportamentali** nei bambini e negli adolescenti **a livello comunale** sono state collaudate con successo tra l'altro in «*Communities that Care*» [166], un sistema di pianificazione che

promuove l'interconnessione degli attori comunali rilevanti e li sostiene nello sviluppo di programmi di prevenzione basati sull'evidenza [167]. Tale sistema ha permesso di ridurre il rischio di comportamento criminale [168], di violenza e di consumo di sostanze (in particolare il tabacco) tra gli adolescenti [169]. Inoltre, ha rafforzato i fattori protettivi per uno sviluppo sano, ad esempio creando più opportunità di partecipazione alla vita sociale del Comune (*prosocial involvement*), più interazioni con pari prosociali e maggiori competenze sociali [166].

Come per i bambini, ad oggi, anche per gli adolescenti svantaggiati non ci sono praticamente prove solide dell'efficacia né degli **interventi basati sulla tecnologia** [181, 184] né della promozione della salute mentale tramite l'**attività fisica** [181].

10.3.2.4 Adulti in età lavorativa (focalizzazione sul lavoro – da 21 a 65 anni)

Il *setting* «posto di lavoro» svolge un ruolo fondamentale nella promozione della salute mentale delle persone che esercitano un'attività lavorativa⁴². In questo *setting*, gli approcci in grado di ridurre lo stress sul posto di lavoro e di migliorare la salute mentale dei lavoratori vertono soprattutto sulla **regolamentazione delle condizioni di lavoro** e sul **cambiamento dell'organizzazione del lavoro** [165] che si traducono ad esempio in rapporti di lavoro sicuri e modelli di lavoro propizi alla salute (ad es. per il lavoro a turni). Benché manchino studi specifici sulle eque opportunità di queste misure, in linea di principio, per i gruppi socioeconomicamente svantaggiati sembra importante soprattutto la regolamentazione delle condizioni di lavoro per i salari bassi⁴³. Esistono inoltre prove dell'**efficacia dei corsi di formazione per datori di lavoro** sul tema della salute mentale e delle misure per promuovere la situazione dei lavoratori mediante **strategie di comunicazione e gestione dello stress** [172]. Al momento, anche la **prescrizione di attività sociali** (*social prescribing*) per ridurre l'isolamento sociale delle persone svantaggiate è ancora poco studiata,

⁴² Le misure che si sono dimostrate efficaci per gli adulti non inseriti nel mondo del lavoro sono già state esposte nel capitolo 10.3.1.

⁴³ Per quanto riguarda gli adulti disoccupati, soprattutto il (re)inserimento nel mercato del lavoro ha dimostrato di avere effetti positivi sulla salute mentale. Queste misure sono illustrate nel capitolo sui determinanti strutturali.

ma diversi autori considerano questo approccio promettente [158, 162]. Utilizzato soprattutto in Inghilterra, Canada e Paesi Bassi dall'assistenza sanitaria e dai servizi sociali, punta sui cosiddetti lavoratori di collegamento (*link workers*) per mostrare alle persone sole le attività sociali che possono svolgere.

Un notevole potenziale per la promozione della salute mentale degli adulti svantaggiati viene attribuito anche agli **interventi basati sulla tecnologia** [185], dato che, tra le altre cose, agevolano l'accesso alle offerte e scongiurano la stigmatizzazione grazie al grande anonimato. La maggior parte dei pochi studi disponibili su questi interventi con questi gruppi di destinatari, mostrano un impatto positivo sulla salute mentale [185]. Tuttavia, non sempre le persone svantaggiate hanno ritenuto che questi interventi fossero più facilmente accessibili e più anonimi rispetto alle offerte tradizionali (ad es. dubbi sulla sicurezza dei dati) [185].

10.3.2.5 Adulti in età avanzata e molto avanzata (dai 65 anni)

Gli studi sulla promozione della salute mentale delle persone anziane svantaggiate sono ancora insufficienti. Pertanto, questo capitolo presenta gli approcci e i criteri di successo che, in generale, sono risultati validi nella promozione della salute mentale in età avanzata e che potrebbero rivelarsi efficaci anche per le persone anziane con uno statuto socioeconomico basso.

Eventi critici della vita tipici dell'avanzare degli anni (ad es. pensionamento, riduzione della mobilità in seguito a malattie, decesso del coniuge o di amici) sono spesso accompagnati da una perdita di relazioni sociali e aumentano il rischio d'isolamento. Per questo motivo, le **misure di (re)inserimento sociale** sono un tassello fondamentale della promozione della salute mentale negli anziani [186]. Al riguardo, occorre prestare attenzione affinché le modalità di accesso alle offerte siano adeguate per raggiungere le persone che soffrono di solitudine. In altre parole l'accesso deve essere il più possibile a bassa soglia, confacente alla situazione, valorizzante e adeguato alla mobilità delle persone interessate [187]. Per le persone a mobilità ridotta ciò implica sia offerte di prossimità che offerte che contemplano un servizio di trasporto. Inoltre, è opportuno che gli anziani ri-

chiedano per tempo di usufruire delle offerte in questione, magari al verificarsi di eventi critici della vita. Sono altresì raccomandate le offerte ricorrenti e una continuità di personale e di luogo. Infine, nel caso delle offerte di prossimità occorre tenere in debita considerazione la simpatia reciproca e gli interessi comuni tra coloro che usufruiscono e coloro che offrono l'intervento [187].

In generale, per la promozione della salute mentale degli anziani si sono rivelati efficaci gli **approcci multidimensionali** [132, 188]. Per «multidimensionali» si intendono gli interventi che perseguono contemporaneamente più obiettivi, ad esempio l'aumento delle attività sociali e del lavoro comunitario, l'aumento dell'attività fisica e l'allenamento di determinate capacità o della memoria [188]. Per gli interventi multidimensionali nei gruppi svantaggiati sono stati individuati i criteri di successo seguenti [132]:

- adeguamenti socioculturali e linguistici;
- approccio incentrato sulla persona e orientato all'*empowerment*;
- trasmissione d'informazioni sulla salute;
- promozione dell'attività fisica;
- attuazione da parte di personale sanitario qualificato.

10.3.3 Focalizzazione su genere, passato migratorio, LGBTI

Dopo gli approcci e i criteri di successo delle misure per le persone con uno statuto socioeconomico basso, il presente capitolo si concentra sulle caratteristiche orizzontali dello svantaggio, ossia genere, passato migratorio e orientamento sessuale e/o identità di genere. Per ciascuna di esse cerca di chiarire a cosa deve prestare attenzione la promozione della salute mentale volta alle pari opportunità.

10.3.3.1 Genere

Il genere, inteso binariamente come uomo e donna, è una caratteristica che influenza in vari modi la pianificazione, l'attuazione e l'efficacia delle misure di promozione della salute mentale:

- *risorse psicosociali* ripartite in modo impari e *carichi disuguali* possono portare a differenze tra i generi nella morbilità delle malattie psichiche [189];

- donne e uomini possono essere esposti a *fonti di stress* diverse [190];
- gli interventi universali, ossia senza un gruppo di destinatari specifico, possono produrre *effetti diversi* nelle donne e negli uomini (cfr. capitolo 10.2.3.1): ad esempio gli interventi scolastici universali non necessariamente promuovono la salute mentale di ragazze e ragazzi in uguale misura [191].

In questo contesto, la letteratura scientifica espone diverse strategie per affrontare le differenze di genere nella promozione della salute e nella prevenzione. Per quanto riguarda i determinanti strutturali sono stati individuati in particolare i tre approcci seguenti.

- Soprattutto **tra gli uomini** occorre **promuovere e destigmatizzare il ricorso a un aiuto in caso di malattie psichiche** [190]. È ciò che ha fatto ad esempio la campagna australiana *Man Up* con la trasmissione di un documentario sul tema mascolinità e suicidio e una campagna sui *social media* [192].
- L'accesso a **offerte di qualità per la custodia dei bambini piccoli** trattato nel capitolo 10.3.1 è importante oltre che per le persone con uno statuto socioeconomico basso, anche per le pari opportunità di salute tra i generi. Questo approccio è indicato per compensare le disparità di genere nella misura in cui aiuta entrambi i genitori a conciliare vita professionale e mansioni familiari.
- In generale, per prevenire gli stereotipi di genere si raccomanda di riflettere sistematicamente sui possibili effetti delle decisioni politiche e delle misure per entrambi i generi (**gender mainstreaming**) [193].

Per quanto riguarda i determinanti sociali della salute, è fondamentale **promuovere i fattori psicosociali** rispettivamente le risorse e la resilienza. Si raccomanda di attuare interventi che compensino in modo mirato le disparità di genere e, ad esempio, promuovano le risorse psicosociali delle donne. Per le donne fortemente svantaggiate (ad es. senz'altro vittime di violenza domestica) sono risultati effica-

ci gli interventi psicologici per gruppi di destinatari specifici [160] come la **terapia cognitivo-comportamentale**, i **colloqui motivazionali**, gli **approcci educativi (informazione e sensibilizzazione)** e le **comunità terapeutiche** (interventi partecipativi di gruppo ad es. nelle case per donne maltrattate) [160].

10.3.3.2 Passato migratorio

In alcuni gruppi della popolazione migrante la stigmatizzazione delle malattie mentali può essere maggiore e complicare così l'utilizzo di offerte salutogeniche o terapeutiche [194]. Inoltre, le concezioni «socioculturali» di malattia e guarigione possono sminuire l'importanza delle offerte della medicina tradizionale [156]. Questi fattori, unitamente a un'organizzazione del sistema sanitario non rispettosa della diversità, possono contribuire alle differenze di salute dovute a fattori sociali. Al momento dell'analisi della letteratura scientifica non sono stati individuati approcci d'intervento concreti dall'efficacia solidamente dimostrata che permettano di superare questi ostacoli «socioculturali». Come possibili criteri di successo si possono comunque citare l'inserimento degli interventi nel mondo della vita e il coinvolgimento partecipativo delle comunità migranti [194].

Anche per quanto riguarda la promozione dei fattori psicosociali nella popolazione migrante, importanti determinanti sociali della salute, le revisioni sistematiche sono rare. Fa eccezione **l'approccio basato sulla consapevolezza** che ha permesso di rafforzare la salute mentale degli adolescenti dei gruppi minoritari negli USA [195, 196]. È inoltre importante ricordare che una consapevolezza generalmente elevata costituisce un fattore protettivo personale che può compensare le ripercussioni negative della stigmatizzazione e della discriminazione sulla salute mentale [197, 198].

Un approccio essenziale focalizzato sul sistema sanitario risiede infine nell'**accesso** agevolato **alle informazioni sulla salute** che può essere garantito ad esempio mediante un linguaggio semplice senza gergo tecnico, offerte nella lingua di origine dei partecipanti e aiuti per trovare informazioni affidabili sul web [199].

10.3.3.3 Orientamento sessuale e/o identità di genere

Malgrado i membri della comunità LGBTI siano esposti a un maggiore rischio di malattie psichiche (depressioni, disturbi d'ansia, suicidalità ecc.) [200], esistono poche revisioni sistematiche sulla promozione della salute mentale di questo gruppo di popolazione.

Al livello dei determinanti strutturali, gli approcci che permettono di migliorare le pari opportunità delle persone LGBTI nell'ambito della salute mentale sono i seguenti.

- **Leggi e politiche antidiscriminazione, campagne di sensibilizzazione** e altri approcci incentrati sulle norme e sui valori sociali, che producono effetti destigmatizzanti. Alcuni studi dimostrano gli effetti positivi sulla salute mentale generati dalle leggi antidiscriminazione [201, 202] e come criteri di successo per le campagne di sensibilizzazione citano la focalizzazione sulla diversità sessuale e sulle storie personali [203].
- Per le persone transessuali gli adeguamenti normativi nella politica sanitaria, ad esempio l'**eliminazione degli ostacoli finanziari e giuridici al cambio di genere**, sono fondamentali. Tra questi rientrano la garanzia del ritardo della pubertà, l'accesso a trattamenti fisici senza limiti di età nonché il cambio di genere ufficiale anche senza interventi fisici [203].
- Le **linee guida antimobbing nelle scuole** hanno anch'esse effetti positivi ben documentati [201, 202, 204]. Questa misura mira a instaurare un ambiente scolastico aperto ed è una di quelle meglio basate sull'evidenza. Tuttavia, le linee guida antimobbing promuovono la salute mentale dei giovani LGBTI solo se tengono esplicitamente conto dell'orientamento sessuale. Tra i criteri di successo generali figurano la creazione di alleanze gay-etero⁴⁴, l'integrazione nei piani di studio d'informazioni sulla salute rilevanti per le persone LGBTI, il divieto di mobbing a causa dell'orientamento sessuale e dell'identità di genere, la formazione continua mirata dei docenti per creare un ambiente scolastico sicuro nonché l'interconnessione con gli operatori sanitari specializzati in tematiche LGBTI [201].

Per quanto riguarda i determinanti sociali della salute si possono distinguere due approcci principali raccomandati nella letteratura scientifica. Il primo mira a rafforzare i fattori psicosociali (risorse e alfabetizzazione sanitaria) e si rivolge quindi ai singoli membri della comunità LGBTI.

- Alcuni studi dimostrano che il **rafforzamento delle risorse psicosociali** degli adolescenti LGBTI è efficace nel ridurre le depressioni e/o nel migliorare la gestione dello stress. In questo approccio rientrano tra le altre cose il rafforzamento delle competenze socioemotive mediante la terapia cognitivo-comportamentale e la costruzione positiva dell'identità [205, 206], nonché la promozione del sostegno sociale e dell'interconnessione con pari tramite offerte di consulenza e di scambio [207] utili oltre che per gli adolescenti LGBTI anche per le loro famiglie [203].
- Nella letteratura scientifica è stato individuato un solo studio d'intervento (ginevrino) sulla promozione della salute mentale degli adulti LGBTI, che grazie a una campagna per il gruppo di destinatari specifico sul tema della depressione è riuscito a migliorare l'**alfabetizzazione in materia di salute mentale** e alcuni aspetti della salute mentale degli uomini omosessuali [208].

Il secondo approccio mira soprattutto all'apertura dell'attuale sistema sanitario eteronormativo, orientato cioè sulle persone eterosessuali che si identificano nel genere che è stato loro attribuito alla nascita (*cisgender*). Le misure esaminate nella letteratura scientifica su questo tema sono le seguenti.

- **Sensibilizzazione degli attori della promozione della salute e dell'assistenza ordinaria** sul maggiore rischio delle persone LGBTI nell'ambito della salute mentale e riconoscimento di questa problematica da parte delle principali parti interessate. Per sensibilizzare gli attori dell'assistenza ordinaria sui problemi delle persone transessuali si sono rivelati efficaci gli interventi che stabiliscono un contatto tra gli specialisti delle cure mediche di base e le persone transessuali [209].

⁴⁴ Le alleanze gay-etero sono club organizzati da allievi e allieve di ogni orientamento sessuale, che mirano a promuovere un ambiente scolastico aperto e a sensibilizzare sui problemi della comunità LGBTI.

- **Eliminazione delle barriere nell'assistenza ordinaria e incremento delle offerte che tengono conto della diversità:** per agevolare l'accesso alle prestazioni dell'assistenza psichica ordinaria sono risultati utili gli strumenti di anamnesi che tengono ampiamente conto della diversità (orientamento sessuale e identità di genere) e le offerte specificamente *gay-friendly* come i Checkpoint già attivi in numerose città svizzere [203].
- **Apertura mirata della prevenzione del suicidio ai problemi della comunità LGBTI** [163] segna-tamente delle hotline esistenti, delle campagne di sensibilizzazione e dei trattamenti clinici median-te terapia cognitivo-comportamentale. L'apertura di queste offerte implica una sensibilizzazione degli specialisti e delle scuole, l'individuazione d'interventi attenti ai bisogni delle persone LGBTI, l'ulteriore sviluppo partecipativo delle offerte esistenti e un approccio basato sul sostegno tra pari (*peer support*). Inoltre, occorre prestare particolare attenzione al rafforzamento delle risorse psicosociali e sostenere l'intera famiglia. Si raccomanda altresì di valutare la **creazione di offerte specifiche per le persone LGBTI** [163]: negli USA, ad esempio, una hot-line specifica per le persone LGBTI a rischio di suicidio ha dato buoni risultati [210].
- **Sensibilizzazione sull'orientamento sessuale e sulla diversità, ad esempio «GLL – Das andere Schulprojekt»** (<https://www.gll.ch>): il progetto scolastico «*Gleichgeschlechtliche Liebe Leben (GGL)*» comprende visite nelle scuole e seminari sul tema dell'orientamento sessuale e dell'al-terità. L'argomento viene affrontato attraverso storie personali e il *coming-out* di persone invitate a esprimersi nelle scuole. L'obiettivo è offrire un quadro obiettivo della tematica e promuovere un ambiente positivo nelle classi.
- **Campagna per gestire i pensieri suicidari, ad esempio la prevenzione del suicidio del Cantone di Zurigo o di Pro Juventute** (<http://www.parla-re-puo-salvare.ch/> o <https://www.147.ch/it/pre-venzione-suicidio/>): la campagna nazionale di prevenzione del suicidio «Parlare può salvare» lanciata dalle FFS e dalla *Prävention und Gesundheitsförderung Kanton Zürich* in collaborazione con altri partner si prefigge di rompere il tabù che avvolge l'idea del gesto estremo e di fare in modo che le persone ne parlino. La campagna per gli adolescenti condotta nel 2018 era incentrata su testimonianze di persone sopravvissute a un tentativo di suicidio che volevano incoraggiare altri a parlare dei loro pensieri suicidari.
- **Incontri di condivisione per uomini omosessuali, ad esempio «Être Gai Ensemble»** (<http://www.dialogai.org/services/etre-gai-ensemble/> e https://www.santegaie.ch/medias/2017/10/Eva-luation_EGE-2005-1.pdf): condotto dall'organiz-zazione Dialoga, il programma *Être Gai Ensemble* prevede diverse attività tra cui seminari di con-divisione, conferenze ed esposizioni sul tema dell'omosessualità. L'obiettivo è promuovere la salute mentale degli uomini omosessuali aiu-tandoli ad accettare la propria omosessualità e a costruirsi una rete sociale di sostegno.
- **Pomeriggi di conversazione per persone social-mente isolate, ad esempio per vedove a Zurigo** (<http://www.vefz.ch/treffpunkte/>): le vedove di una certa età che partecipano a questi incontri hanno la possibilità di parlare dei loro problemi e delle loro preoccupazioni con donne che si trovano nel-la loro stessa situazione, allacciando nel con-tempo nuovi contatti. Vengono inoltre coinvolte nella pianificazione e nella realizzazione di attività comuni e supportate affinché loro stesse organizzino eventi di questo tipo.

Oltre all'apertura del sistema sanitario, occorre migliorare la riproduzione della diversità sociale nei dati sanitari. La maggior parte delle indagini e degli studi d'intervento attuali non rileva praticamente dati sull'orientamento sessuale e/o sull'identità di genere, con il risultato che nelle statistiche esistono importanti lacune [211]. Per ampliare la base di dati urge **tenere conto dell'orientamento sessuale e dell'identità di genere nei monitoraggi e nelle valutazioni.**

10.3.4 Esempi tratti dalla prassi in Svizzera

Questo capitolo presenta alcuni progetti realizzati in Svizzera per promuovere la salute mentale volta alle pari opportunità. Nel selezionarli abbiamo pre-stato attenzione a che a) siano ben documentati, b) illustrino gli approcci e i criteri di successo indivi-duati durante l'analisi della letteratura scientifica e c) coprano diverse fasi di vita e caratteristiche rile-vanti per la disparità. Ciò nonostante, l'elenco non ha alcuna pretesa di esaustività e numerosi progetti esemplari sono stati esclusi per motivi di spazio.

- **«MigrantInnen leben gesund im Alter (MIGA)»** (<https://promozionesalute.ch/programmi-dazio-cantionali/sostegno-di-progetti-pac/progetti-sostenuti/miga.html>): il progetto intende rafforzare l'alfabetizzazione sanitaria in materia di salute mentale delle persone migranti a partire dai 65 anni e permettere loro e ai loro congiunti di familiarizzare con le offerte di sostegno esistenti. Nel suo mirino ci sono soprattutto le dipendenze che cerca di destigmatizzare. I gruppi di destinatari vengono sensibilizzati attraverso i media sulla tematica della salute mentale e del consumo rischioso di alcol. Per quanto riguarda il metodo, il progetto si basa sull'accompagnamento, sul coinvolgimento e un approccio moltiplicatore. MIGA va oltre la pura trasmissione di informazioni e conoscenze da parte di specialisti esterni e integra la tematica della salute mentale e del consumo di alcol ad alto rischio nelle strutture delle comunità migranti attraverso manifestazioni.

10.3.5 Sintesi

Gli approcci illustrati sopra vengono qui di seguito esposti in una versione semplificata del modello esplicativo (cfr. capitolo 6). Incentrato sulla pratica, tale modello vuole riassumere le diverse possibilità per migliorare le pari opportunità di salute nell'ambito della salute mentale mostrando alcune misure concrete e collaudate per diversi settori della politica e determinanti della salute. Questa modalità di rappresentazione evidenzia i legami esistenti e le possibili combinazioni tra le diverse misure. Ad esempio, alcuni studi mostrano che la promozione delle risorse psicosociali degli adolescenti LGBTI produce effetti positivi sulla loro salute mentale. Tuttavia, per migliorare durevolmente la salute mentale di questo gruppo di destinatari, si raccomanda anche l'adozione a monte di misure che agiscono sui determinanti strutturali, dato che un cambiamento dei valori e delle norme sociali riduce la discriminazione e di conseguenza i carichi psicosociali ai quali sono esposti i giovani LGBTI. Il modello facilita quindi la pianificazione sistematica della promozione della salute e della prevenzione volte alle pari opportunità.

FIGURA 14

Approcci efficaci per la promozione della salute mentale nelle persone socialmente svantaggiate

10.4 Dipendenze (prevenzione del tabagismo)

Questo capitolo illustra gli approcci basati sull'evidenza (**in grassetto**) e i criteri di successo (sotto-lineato) per la promozione della salute e la prevenzione volte alle pari opportunità nell'ambito delle dipendenze con il focus sulla prevenzione del tabagismo⁴⁵.

10.4.1 Misure che agiscono sui determinanti strutturali per le persone con uno statuto socioeconomico basso

Per quanto riguarda i determinanti strutturali esiste tutta una serie di misure che si sono dimostrate efficaci nel ridurre il consumo di tabacco anche tra le persone con uno statuto socioeconomico basso. Tra queste figurano l'aumento del prezzo delle sigarette, il divieto di fumare, le restrizioni alla vendita e alla pubblicità nonché le avvertenze sui pacchetti di sigarette.

- **L'aumento del prezzo delle sigarette** permette anche di ridurre la prevalenza del tabagismo nei gruppi svantaggiati. Questa misura può però anche rivelarsi controproducente per le pari opportunità, in quanto potrebbe spingere le persone socioeconomicamente svantaggiate a ripiegare su consumi di tabacco più economici (promozioni, sigarette rollate) [212, 213]. Questa iniquità può essere limitata ad esempio migliorando nel contempo l'accesso alle offerte per smettere di fumare destinate a gruppi svantaggiati [212].
- Il **divieto assoluto di fumare** negli edifici pubblici, sul posto di lavoro e negli spazi pubblici è una misura importante anche per le persone svantaggiate [214]. Sinora, divieti di questo tipo non hanno permesso di aumentare il tasso di abbandono del fumo solamente in carcere e negli istituti psichiatrici. Per questo motivo, occorre combinarli con misure preventive comportamentali come l'accesso a programmi per smettere di fumare [212, 215, 216].
- Le **avvertenze sui pacchetti di sigarette** si sono dimostrate generalmente efficaci a prescindere dallo svantaggio socioeconomico [217]. Nei gruppi svantaggiati hanno avuto un impatto significativo soprattutto le immagini e i messaggi che utilizza-

no modelli di ruolo o che contrastano gli aspetti positivi e negativi del (non) fumare [218].

Oltre a quelle appena descritte, esistono anche altre misure che agiscono sui determinanti strutturali ma che non sono state esaminate in modo sistematico dal punto di vista della loro equità di opportunità e/o della loro efficacia.

- Le restrizioni alla pubblicità del tabacco [214] e alla vendita ai minorenni [219], benché efficaci tra la popolazione, non sono ancora state analizzate per quanto riguarda i loro effetti sulle persone con uno statuto socioeconomico basso. In Svizzera, il divieto globale di pubblicità del tabacco chiesto dall'OMS [214] è attuato in modo lacunoso e al momento non figura ancora nel disegno di legge federale sui prodotti del tabacco [220]. Sono comunque previste ulteriori restrizioni alla pubblicità in quanto i minorenni possono ancora accederci con estrema facilità (ad es. durante manifestazioni, in pubblicazioni destinate ai giovani, nei giornali gratuiti e in generale su Internet) [220].
- Le campagne mediatiche: ad oggi il loro impatto è stato insufficientemente studiato. In generale, le campagne mediatiche per la prevenzione del tabagismo e lo stop al fumo indirizzate alla popolazione generale, ossia non concepite per un gruppo di destinatari specifico, sembrano produrre scarsi risultati nei gruppi svantaggiati [221]. Quelle che si rivolgono a un gruppo di destinatari specifico, benché poco studiate per quanto riguarda la loro efficacia [150], possono avere un effetto di sensibilizzazione soprattutto se sono personalizzate, facilmente comprensibili e trasmesse in televisione o su Internet (formato telemediale) [222].

10.4.2 Misure che agiscono sui determinanti sociali della salute per le persone con uno statuto socioeconomico basso

Le misure sottostanti che agiscono sui determinanti sociali della salute e che si sono dimostrate efficaci nel prevenire le dipendenze (specificamente il tabagismo) nelle persone con uno statuto socioeconomico basso sono, nel limite del possibile, divise per fase di vita.

45 La scelta di questa priorità è spiegata nel capitolo 2.

10.4.2.1 Misure che abbracciano l'intero arco della vita

In generale, ma soprattutto in relazione alla cessazione del fumo nelle persone anziane, la letteratura tratta e chiede una maggiore **integrazione della problematica delle dipendenze nella formazione dei medici** [223]. Programmi di questo tipo esistono già in diversi Paesi tra cui la Svizzera [224].

10.4.2.2 Gravidanza e prima infanzia (da -9 mesi a 3 anni)

In questa fase di vita, le misure collaudate con successo vertono sui fattori psicosociali e sulle condizioni di vita materiali.

- **Gli interventi psicologici basati sulla consulenza per smettere di fumare durante la gravidanza** [225, 226] segnatamente su approcci come la conduzione di colloqui motivazionali, la terapia cognitivo-comportamentale, la psicoterapia, le tecniche di rilassamento e la promozione delle capacità di risolvere problemi, si dimostrano validi. Non è invece ancora chiara l'efficacia di altri tipi d'intervento come l'istruzione in materia di salute, l'attività fisica, il feedback o il sostegno sociale [225]. I programmi per indurre le donne incinte svantaggiate a smettere di fumare hanno successo soprattutto se tengono in debita considerazione la situazione di vita e la lingua del gruppo di destinatari [226]. Anche gli incentivi finanziari [225] e la partecipazione del gruppo di destinatari mostrano risultati incoraggianti. I programmi basati sul web per indurre le donne incinte svantaggiate a smettere di fumare risultano pure efficaci [227] soprattutto quelli interattivi [228].
- Un altro approccio rilevante per la prevenzione e l'abbandono del tabagismo in questa fase di vita consiste nel **promuovere le abitazioni senza fumo** [229]. Già interventi minimi con opuscoli, video, quaderni dei compiti e brevi consulenze possono produrre effetti positivi nelle famiglie socioeconomicamente svantaggiate appartenenti a minoranze [230]. Non sono tuttavia noti a quali criteri si deve la riuscita di questi interventi [231].

Sono inoltre necessarie ulteriori ricerche sull'efficacia dei **sostituti nicotini** durante la gravidanza in generale e per le donne incinte svantaggiate in particolare [232, 233].

10.4.2.3 Infanzia e adolescenza (da 4 a 20 anni)

Durante l'infanzia e l'adolescenza, gli interventi preventivi che dissuadono dall'iniziare a fumare sono fondamentali e vengono realizzati in primo luogo nelle scuole.

In questa fase di vita, le misure volte a **promuovere le competenze socioemotive** (o competenze di vita) diminuiscono la probabilità di consumare sostanze più avanti [177, 234]. Efficaci da soli, questi approcci possono anche essere combinati con **offerte per rafforzare le capacità educative dei genitori e le capacità pedagogiche degli insegnanti** [235], e con proposte per **tematizzare le influenze sociali** [234]. Spesso, infatti, i comportamenti come il tabagismo vengono appresi nell'ambiente sociale (cfr. capitolo 6.4.2).

Sinora, la ricerca non si è praticamente occupata dell'efficacia di questi approcci per i bambini e gli adolescenti svantaggiati, nondimeno, una rassegna sistematica evidenzia che gli interventi per la prevenzione del tabagismo in ambito scolastico producono effetti positivi indipendentemente dallo statuto socioeconomico degli adolescenti che vi partecipano [121]. Per quanto riguarda gli adolescenti svantaggiati, gli autori ritengono che il criterio di successo risieda nella combinazione con misure strutturali [121], ma visto il numero limitato di studi sull'argomento, questa conclusione deve essere interpretata con prudenza. Di fatto, contraddice la convinzione diffusa secondo cui gli interventi su più piani siano perlopiù inefficaci nel dissuadere dall'iniziare a fumare [234].

Tra i bambini e gli adolescenti, le **strategie di prevenzione a livello comunale** forniscono un contributo comprovato alla prevenzione del tabagismo. Gli approcci in questione sono stati sviluppati e valutati nel quadro di *Communities that Care*⁴⁶. Destinato ai Comuni, questo programma inizia durante l'infanzia e ha già consentito di ridurre il consumo di tabacco tra gli adolescenti svantaggiati [167, 169].

In aggiunta alle misure preventive, già durante l'adolescenza tornano utili anche gli interventi per smettere di fumare. Tra gli approcci che si sono rivelati efficaci spiccano il **confronto con le influenze sociali, la terapia cognitivo-comportamentale e le tecniche motivazionali** [236]. Alcuni studi mostrano tuttavia che, in questa fase di vita, il successo degli interventi che incoraggiano l'abbandono del fumo è maggiore nei contesti sociali che dispongono di più risorse e nei gruppi non socioeconomicamente

⁴⁶ Cfr. capitolo 10.3.1 per la descrizione del programma.

svantaggiati [237]. Nella prassi occorre pertanto prestare attenzione che questi interventi non aumentino ulteriormente le disparità esistenti nella ripartizione delle opportunità di salute.

10.4.2.4 Adulti in età lavorativa (focalizzazione su famiglia e lavoro – da 21 a 65 anni)

Nell'età lavorativa, gli interventi si concentrano soprattutto sulle misure per smettere di fumare. Quelle che hanno prodotto i risultati migliori spaziano dalla promozione dei fattori psicosociali agli interventi basati sulla tecnologia che agiscono direttamente sul comportamento in materia di salute, passando per adeguamenti del sistema sanitario.

Tra le misure che agiscono sui fattori psicosociali, per diversi gruppi svantaggiati risultano efficaci ai fini dell'abbandono del fumo gli **interventi psicologici mediante la terapia cognitivo-comportamentale** [238-242]. I criteri di successo sono essenzialmente i seguenti.

- Gli interventi devono essere concepiti per gruppi di destinatari specifici; quelli concepiti per la popolazione generale sono meno efficaci sui gruppi svantaggiati [243].
- Gli interventi sulle persone svantaggiate sono particolarmente efficaci se vengono realizzati in gruppo con specialisti [244].
- Anche il reclutamento e lo svolgimento proattivo e in prossimità contribuiscono al successo dell'intervento [243].
- Per le persone svantaggiate le misure che combinano terapia comportamentale e farmacologica sono più efficaci di quelle incentrate su uno solo di questi approcci [241, 242]. La terapia sostitutiva della nicotina (*Nicotine Replacement Therapy NRT*) è una misura sicura ed efficace per sostenere chi vuole smettere di fumare. Occorre tuttavia prestare attenzione affinché i costi di una terapia di questo tipo non diventino un ostacolo per i gruppi a basso reddito [243].

Tra gli adeguamenti del sistema sanitario presi in considerazione figura ad esempio l'**integrazione di brevi consulenze nelle offerte esistenti**. Per i gruppi svantaggiati ha dato buoni risultati soprattutto l'integrazione di consulenze per smettere di fumare nelle terapie psicoterapeutiche già in corso o nelle consulenze per violenza domestica [245, 246]. Anche le brevi consulenze fornite da dentisti [247] ap-

paiono promettenti a condizione che i costi non fungano da deterrente per le persone con uno statuto socioeconomico basso (cfr. capitolo 6.4.2). Il successo di queste brevi consulenze è maggiore se includono strategie di gestione dello stress [246] e se i medici dispongono di un manuale di trattamento e di una preparazione mirata basata sull'evidenza [248]. Un'altra misura sinora poco studiata consiste nel ricorrere a incentivi finanziari per **motivare i medici a fornire maggiormente consulenze specifiche per smettere di fumare**. È inoltre opportuno valutare la possibilità di porre a carico dell'assicurazione malattie i **costi delle terapie sostitutive della nicotina**. Per entrambi gli approcci esistono esempi di attuazione riusciti con effetti ugualmente positivi in tutte le fasce della popolazione [249, 250].

Un grande potenziale per smettere di fumare anche nei gruppi svantaggiati viene infine individuato negli **interventi basati sulla tecnologia** [251-253] sotto forma di piattaforme online, programmi basati sul web, interconnessione tramite chat di gruppo e/o *social media* nonché invio di messaggi tramite cellulare.

I criteri di successo dei programmi basati sul web per indurre i gruppi svantaggiati a smettere di fumare sono: l'adattamento al gruppo di destinatari, la diffusione tramite una fonte attendibile, la presenza di elementi interattivi e di videomessaggi [251, 253, 254]. L'accettazione dei programmi da parte dei gruppi di destinatari è anche importante e può essere raggiunta fra le altre cose attraverso la partecipazione alla fase di sviluppo e affidando loro la conduzione di gruppi virtuali [255]. È tuttavia necessario tenere presente che per alcuni gruppi (ad es. la prima generazione socioeconomicamente svantaggiata della popolazione migrante) la gestione delle informazioni su Internet può costituire un ostacolo [199].

Benché ancora poco studiati sulle persone socioeconomicamente svantaggiate, esistono anche altri approcci che hanno dato buoni risultati per la popolazione generale e ai quali viene attribuito un potenziale di efficacia anche per le persone con uno statuto socioeconomico basso.

- Le **linee stop tabacco** sono considerate un'offerta di sostegno supplementare. Per evitare che ad avvalersi di queste linee siano soprattutto persone con un alto livello d'istruzione [256], devono essere adattate ai gruppi di destinatari, ad esem-

pio alla loro lingua d'origine. Inoltre bisogna adottare una strategia proattiva intensiva con diversi contatti telefonici [257].

- La **promozione dell'attività fisica** rappresenta un'ulteriore strategia per ridurre il consumo di tabacco. Uno studio pilota condotto su persone svantaggiate ha mostrato che combinando attività fisica e consulenze incentrate sulla persona si ottengono risultati positivi [258]. L'intervento ha portato a una riduzione del consumo di tabacco, ma solo a pochi tentativi di abbandono del fumo. Il criterio di successo è stato individuato nell'orientamento a un gruppo di destinatari specifico [258].
- Anche le **sigarette elettroniche** sono in discussione come strategia per ridurre gli effetti nocivi del fumo [259]. Occorre tuttavia che i gruppi svantaggiati vengano informati in modo il più possibile differenziato sui benefici e sui rischi delle sigarette elettroniche. Tra i rischi figurano il mantenimento dell'abitudine al fumo di sigaretta nonché l'assunzione di nicotina ed eventualmente di altre sostanze problematiche per la salute.
- Infine, il **contingency management**, ossia un sistema di ricompensa sotto forma di buoni, può favorire l'addio al fumo nei gruppi svantaggiati (soprattutto a breve termine) [260-262]. L'efficacia a lungo termine, però, appare alquanto incerta [261, 262].

10.4.2.5 Adulti in età avanzata e molto avanzata (dai 65 anni)

Sinora sono stati pubblicati pochi studi e revisioni sistematiche sugli interventi per indurre le persone anziane svantaggiate a smettere di fumare. Una meta-analisi mostra che gli usuali **interventi farmacologici, non farmacologici e combinati** esposti nel capitolo precedente sono efficaci anche per questo gruppo di destinatari [263].

I criteri di successo per gli interventi mirati a questa fascia di età sono il contatto personale [263] e la considerazione dei bisogni specifici connessi all'età come le limitazioni fisiche legate alla vista e all'udito [264]. Inoltre, alcune misure efficaci per prevenire il tabagismo, sviluppate nel settore della migrazione, possono essere trasposte alle persone in età avanzata [29]. Si tratta di approcci di prossimità, basati su gruppi o relazioni esistenti, orientati al mondo della vita dei partecipanti e il cui obiettivo è rafforzare le risorse [29].

10.4.3 Focalizzazione su genere, passato migratorio, LGBTI

Dopo gli approcci e i criteri di successo delle misure per le persone con uno statuto socioeconomico basso, il presente capitolo si concentra sulle caratteristiche orizzontali dello svantaggio, ossia genere, passato migratorio e orientamento sessuale e/o identità di genere. Per ciascuna di esse cerca di chiarire a cosa deve prestare attenzione la prevenzione del tabagismo volta alle pari opportunità.

10.4.3.1 Genere

Anche nella prevenzione del tabagismo si riscontrano differenze specifiche del genere, sia nella partecipazione agli interventi che nei loro effetti. Gli studi condotti in questo ambito evidenziano da un lato la generale sovrarappresentazione delle donne negli interventi e, dall'altro, la difficoltà di raggiungere gli uomini e di motivarli a smettere di fumare [265]. Per quanto riguarda gli effetti, si osserva che, ad esempio, le misure strutturali hanno un impatto diverso sui generi. Alcuni studi realizzati in vari Paesi indicano che, in caso di aumento dei prezzi, le donne tendono più degli uomini a passare alle sigarette rollate a mano [266, 267]. Pure gli interventi per prevenire il tabagismo nel *setting* scolastico si ripercuotono diversamente su ragazze e ragazzi [268].

Le **liste di controllo per tenere conto del genere e della diversità** possono aiutare a contrastare queste differenze di effetto e a concepire le offerte della prevenzione del tabagismo tenendo conto degli aspetti legati al genere [269]. Al momento, tuttavia, non è ancora stato valutato in quale misura queste checklist vengono utilizzate in modo sistematico nella prassi e con quale esito.

10.4.3.2 Passato migratorio

Per quanto riguarda la popolazione migrante, al momento in Svizzera le discussioni vertono soprattutto su due approcci: le campagne informative e gli interventi basati sul web. Nelle fasce svantaggiate della popolazione migrante, le **campagne per smettere di fumare e per prevenire il tabagismo** sono efficaci soprattutto se sono personalizzate, sfruttano i media del gruppo di destinatari e integrano le informazioni nel mondo della vita. È inoltre utile adattare la scelta delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione al gruppo di destinatari tenendo presente, ad esempio, che rispetto ai migran-

ti anziani, quelli giovani sono più facilmente raggiungibili soprattutto tramite video che non tramite testi informativi [149].

In Svizzera, si può partire dal presupposto che la maggioranza della popolazione migrante abbia accesso alle **offerte basate sul web** per smettere di fumare [199]. Affinché siano efficaci, tali misure devono avvalersi di un linguaggio semplice non gergale e informare nella lingua di origine. Inoltre, occorre tenere presente che soprattutto le persone anziane e quelle con un basso livello d'istruzione spesso fanno fatica a gestire il sovraccarico d'informazioni su Internet [199]. Nella pianificazione d'interventi basati sul web occorre pertanto valutare la messa a disposizione di ausili per la gestione delle informazioni. Inoltre, proprio per i gruppi migranti svantaggiati l'abbandono del fumo ha maggiori probabilità di successo nel lungo termine se attuato all'interno di una rete sociale [270].

10.4.3.3 Orientamento sessuale e/o identità di genere

La ricerca sinora condotta sull'efficacia della prevenzione del tabagismo nella comunità LGBTI è ancora molto limitata, ad esempio non sono stati pressoché studiati gli effetti delle misure universali [271]. Anche gli interventi per smettere di fumare concepiti specificamente per questa comunità sono stati poco esaminati. I pochi studi disponibili sono perlopiù di qualità carente e in generale non considerano le persone transessuali [271, 272].

Considerato ciò, si possono trarre conclusioni solo limitate in merito alla prevenzione del tabagismo per gruppi di destinatari specifici nella comunità LGBTI. In linea di principio, bisogna tenere conto che il consumo di tabacco non è uniforme nei diversi sottogruppi [273] e che, in virtù del principio dell'intersezionalità, le sovrapposizioni con altre caratteristiche dello svantaggio possono comportare una diversa efficacia tra i partecipanti [274, 275].

In generale, gli **interventi psicologici per smettere di fumare focalizzati sugli adulti LGBTI** si sono rivelati efficaci [272]. Ad esempio, un progetto pilota condotto in Svizzera ha registrato un tasso di abbandono del fumo del 28,6% (a 6 mesi di distanza dall'ultima sigaretta) [276]. Il successo di questi interventi è determinato dai seguenti adeguamenti specifici al

gruppo di destinatari [272]: attuazione in gruppo da parte di organizzazioni LGBTI, ricorso a responsabili di corsi LGBTI, discussione di attivatori specifici per la comunità LGBTI, influsso delle terapie ormonali sostitutive e inserimento nei corsi di componenti interattive che richiedono una partecipazione attiva.

Non solo tra gli adulti, ma anche tra gli adolescenti gli interventi in gruppo basati sulla consulenza per la comunità LGBTI si traducono generalmente in tassi di abbandono del fumo più alti [271]. Il numero limitato di studi non permette tuttavia d'individuare i criteri di successo. Oltre alle misure per gruppi di destinatari specifici, anche gli **interventi universali con un orientamento esplicito alla diversità** benché raramente attuati, promettono buoni risultati durante l'infanzia e l'adolescenza [277]. L'efficacia di questo approccio è dimostrata da alcuni studi in un ambiente scolastico aperto che tengono esplicitamente conto dell'orientamento sessuale: queste misure hanno migliorato la salute mentale e nel contempo ridotto il consumo di tabacco tra gli adolescenti LGBTI [271, 278].

10.4.4 Esempi tratti dalla prassi in Svizzera

Questo capitolo presenta alcuni progetti realizzati in Svizzera per una prevenzione delle dipendenze (con focus sul tabagismo) volta alle pari opportunità. Nel selezionarli abbiamo prestato attenzione che a) siano ben documentati, b) illustrino gli approcci e i criteri di successo individuati durante l'analisi della letteratura scientifica e c) coprano diverse fasi di vita e caratteristiche rilevanti per la disparità. Ciò nonostante, l'elenco non ha alcuna pretesa di esautività e numerosi progetti esemplari sono stati esclusi per motivi di spazio.

- **Corsi per smettere di fumare e prevenzione dei tabagismo nei setting della popolazione migrante, ad esempio «Tiryaki Kukla»** (<http://www.tiryakikukla.ch/home>): attraverso un lavoro di prossimità nei *setting* della popolazione migrante (associazioni, istituzioni religiose, gruppi informali, sindacati, datori di lavoro ecc.) i responsabili organizzano manifestazioni informative sui pericoli del consumo di tabacco e del fumo passivo. In seguito reclutano i partecipanti ai corsi badando che, nel limite del pos-

sibile, intrattengano relazioni reciproche (*strong ties*). A tale scopo collaborano strettamente con persone chiave delle associazioni coinvolte (reclutamento basato sulle relazioni). L'intervento è accompagnato da uno o due eventi personalizzati nei media del gruppo di destinatari. I corsi per smettere di fumare sono tenuti in turco e in albanese. L'efficacia e i processi del progetto rivolto alla popolazione migrante di lingua turca sono dal 2006 costantemente oggetto di una valutazione. Il progetto per la popolazione migrante di lingua albanese è iniziato nel 2015.

- **Utilizzo dei media della popolazione migrante per le campagne di prevenzione del tabagismo, ad esempio campagna «SmokeFree»** (<https://www.migesmedia.ch/it/la-campagna-smokefree-nei-media-delle-comunita-di-migranti>):

nell'autunno del 2017 è stato realizzato un progetto pilota per diffondere la campagna svizzera *SmokeFree* attraverso i media della popolazione migrante. Il materiale della campagna *SmokeFree* è stato tradotto, in collaborazione con la piattaforma di rete migesmedia.ch, nelle lingue dei quattro gruppi di destinatari (turco, albanese, portoghese e serbo) e distribuito sotto forma di pubblicità online e stampata, spot televisivi e radiofonici sia sui media dei gruppi in questione che sulle loro pagine Facebook e sui loro canali YouTube. Il progetto pilota ha così diffuso ampiamente i contenuti della campagna tra il pubblico destinatario. La sua valutazione evidenzia un'ottima collaborazione con gli operatori dei media coinvolti. Nel periodo della campagna non è tuttavia stato possibile rilevare un impatto significativo sul numero di chiamate giunte alla linea stop tabacco della Lega svizzera contro il cancro nelle lingue del pubblico destinatario. Visto il successo riscontrato, l'Ufficio federale della sanità pubblica ha comunque deciso di ripetere la campagna nel 2018.

- **Prevenzione delle dipendenze sensibile al genere e orientata alla diversità, Suchtpräventionsstelle della Città di Zurigo** (https://www.stadt-zuerich.ch/ssd/de/index/gesundheit_und_praevention/suchtpraevention/information/publikationen_u_broschueren/grundlagen---konzepte/gendersensibel-diversityorientier-

[te-suchtpraevention.html](https://www.stadt-zuerich.ch/ssd/de/index/gesundheit_und_praevention/suchtpraevention/information/publikationen_u_broschueren/grundlagen---konzepte/gendersensibel-diversityorientier-te-suchtpraevention.html)): nel 2013 la *Suchtpräventionsstelle* della Città di Zurigo ha elaborato le basi e una lista di controllo per tenere conto del genere e di altre caratteristiche rilevanti per la disparità, con un impatto sulle dipendenze, nel lavoro di prevenzione svolto nel *setting* scolastico. La checklist mira tra l'altro a determinare modelli di consumo specifici del genere e altri criteri di differenziazione (età, disabilità, appartenenza socioculturale, fascia sociale, orientamento sessuale e identità di genere) che influenzano i modelli di consumo o la raggiungibilità del gruppo di destinatari. Tale lista si basa su liste di controllo esistenti (quint-essenz, Gender Click Check dell'UFSP, Gender Checkliste della Berner Gesundheit/Santé Bernoise) e le estende a una prospettiva generale della diversità.

- **Prevenzione delle dipendenze sensibile al genere, ad esempio i cortometraggi di sensibilizzazione «La petite différence – Prendre en compte des aspects liés au genre dans la prévention des addictions» di Dipendenze Svizzera** (<https://www.addictionsuisse.ch/actualites/article/courts-metragages-la-petite-difference/>):

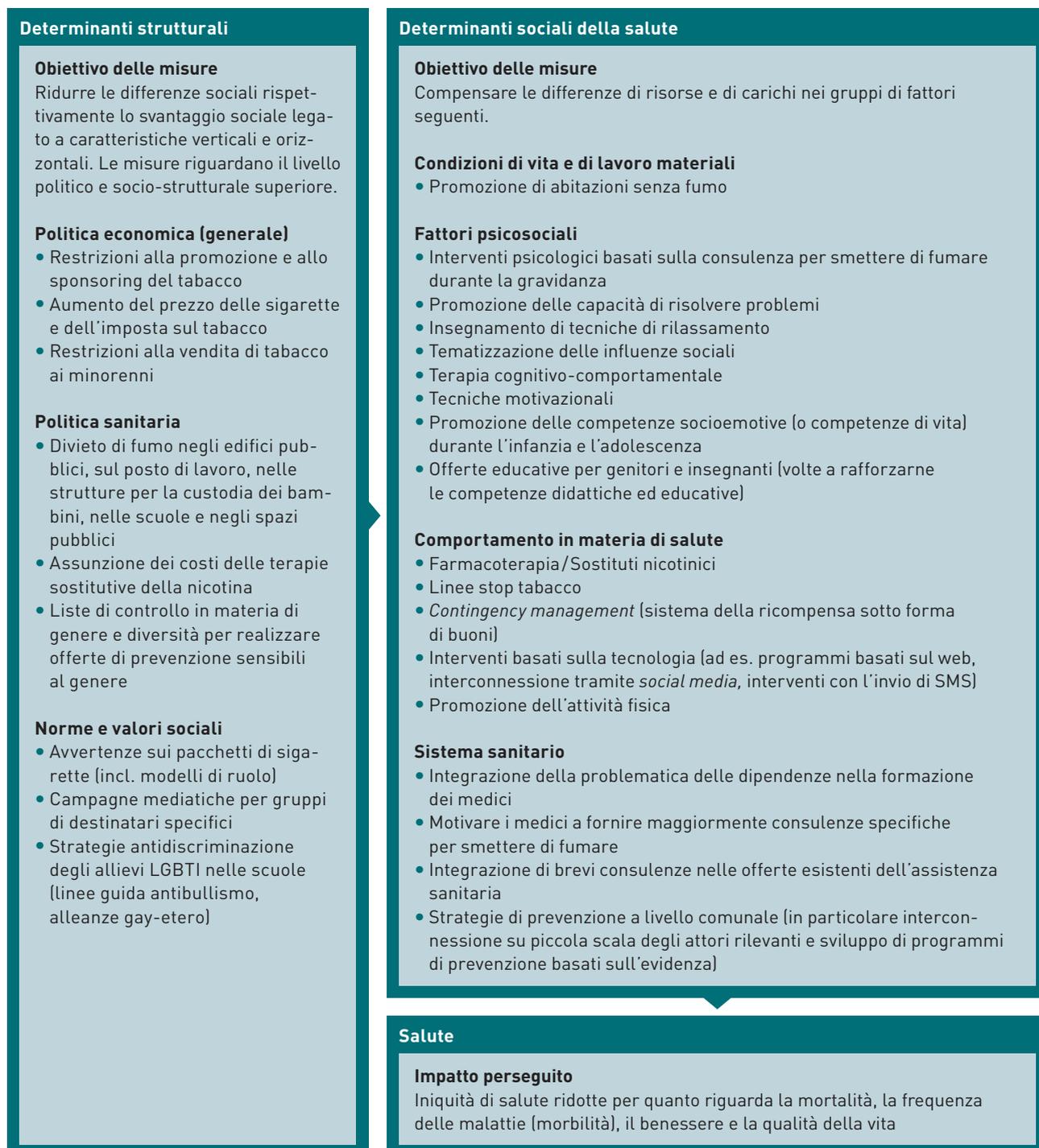
nel 2016, Dipendenze Svizzera ha lanciato cinque cortometraggi accompagnati da materiale didattico per l'insegnamento. Destinati ai giovani dai 13 ai 16 anni, i filmati mirano a stimolare la riflessione sui motivi del consumo legati al genere e sui modelli di consumo. L'intento è quello di aiutare le ragazze e i ragazzi a gestire i loro problemi e a imparare gli uni dagli altri.

- **Interventi per smettere di fumare concepiti specificamente per la comunità LGBTI, ad esempio «QueerQuit»** [276]: basato su un progetto inglese, questo programma per smettere di fumare è stato condotto con successo sotto forma di progetto pilota. Complessivamente, ai corsi di gruppo della durata di sette settimane hanno partecipato 70 uomini omosessuali e a sei mesi di distanza il 28,6% ha smesso di fumare. Questi primi risultati positivi avrebbero dovuto essere verificati in uno studio di *follow-up* controllato randomizzato, che tuttavia non si è tenuto a causa delle difficoltà di reclutamento incontrate a Zurigo e a Ginevra [279].

10.4.5 Sintesi

Gli approcci illustrati sopra vengono qui di seguito esposti in una versione semplificata del modello esplicativo (cfr. capitolo 6). Incentrato sulla pratica, tale modello vuole riassumere le diverse possibilità per migliorare le pari opportunità di salute nella prevenzione delle dipendenze mostrando alcune misure concrete e collaudate per diversi settori della politica e determinanti della salute. Questa modalità di rappresentazione evidenzia i legami esistenti e le possibili combinazioni tra le diverse misure. Ad esempio, per evitare di esporre le persone al fumo passivo e ai suoi conseguenti effetti nocivi, può rivelarsi utile associare alla promozione di fattori psicosociali (determinanti sociali della salute), che proteggono dal consumo individuale di tabacco, il divieto di fumo negli spazi pubblici. Il modello facilita quindi la pianificazione sistematica della promozione della salute e della prevenzione volte alle pari opportunità.

FIGURA 15

Approcci efficaci per la prevenzione del tabagismo nelle persone socialmente svantaggiate

10.5 Misura trasversale: sviluppo dell'organizzazione

Per integrare sistematicamente i principi delle pari e delle eque opportunità nella promozione della salute e nella prevenzione, occorre sviluppare ulteriormente le organizzazioni attive nel settore sanitario. Il progetto svizzero «*Prévention et promotion de la santé transculturelles*»⁴⁷ indica gli adeguamenti da apportare per le persone svantaggiate con un passato migratorio [280]. Qui di seguito vi proponiamo una sintesi delle raccomandazioni formulate applicabili anche ad altri gruppi svantaggiati.

Integrare le pari opportunità a livello strategico: tutte le offerte di prevenzione e promozione della salute devono tenere conto anche dei gruppi svantaggiati. A tale scopo, si raccomanda tra l'altro d'integrare i principi delle pari e delle eque opportunità a livello strategico. Per cominciare, è opportuno analizzare la necessità d'intervento per decidere quali approcci per la promozione delle pari opportunità devono essere inseriti nei documenti strategici di un'organizzazione. Le discussioni al riguardo sono importanti per la formazione di opinioni. Inoltre, i cambiamenti devono essere integrati nella missione, negli statuti e nelle strategie dell'organizzazione, e comunicati sia all'interno che all'esterno.

Riconoscere le pari opportunità come indicatore di qualità: l'integrazione strategica delle pari opportunità implica anche alcuni adeguamenti del sistema di gestione della qualità. Al proposito, una misura importante consiste nel definire indicatori di successo espliciti per un'assistenza sanitaria volta alle pari opportunità.

Garantire il finanziamento a lungo termine delle misure volte alle pari opportunità e istituzionalizzare le offerte che si sono rivelate efficaci [280], incluse quelle sostenute da associazioni (anche di volontariato) dei gruppi di destinatari, che al momento, ad esempio per le persone LGBTI, costituiscono la parte preponderante dei progetti di promozione della salute e di prevenzione in Svizzera. Il progetto «*Prévention et promotion de la santé transculturelles*» [280] propone ad esempio incentivi finanziari per iniziative comuni, manuali e piatta-

forme di scambio. Occorre inoltre esaminare anche altri strumenti come i mandati di prestazioni o il finanziamento iniziale di assi operativi.

Riprodurre l'eterogeneità sociale nel personale: per poter attuare le eque opportunità, è importante che anche le persone appartenenti ai gruppi svantaggiati possano partecipare a tutti i livelli dell'organizzazione e a tutte le fasi di sviluppo delle offerte. L'assunzione di specialisti dei gruppi di destinatari (ad es. con un passato migratorio) è stata collaudata con successo nelle organizzazioni transculturali o sensibili alla diversità (*diversity management*). Può essere valutato anche il coinvolgimento di specialisti esterni membri dei gruppi di destinatari purché siano adeguatamente retribuiti.

Migliorare la competenza del personale in materia di diversità: nel contempo i collaboratori devono essere messi generalmente nelle condizioni di riuscire a occuparsi delle persone svantaggiate tenendo conto della loro situazione e dei loro bisogni. A tale scopo, si rivelano utili sia le offerte di formazione continua che i corsi sulla gestione dei conflitti nonché l'accettazione di questi principi da parte del personale. I dirigenti devono sostenere questo orientamento e inserirlo nei documenti strategici. Inoltre, al momento del reclutamento è importante vegliare affinché i futuri collaboratori, anche se non sono membri di un gruppo svantaggiato, possiedano le capacità comunicative, le esperienze e la sensibilità necessarie per lavorare con i gruppi di destinatari in questione.

Promuovere l'interconnessione e la collaborazione: si raccomanda infine di coltivare i contatti con le organizzazioni dei gruppi di destinatari e altri attori che includono sistematicamente le persone svantaggiate nel loro lavoro. L'interconnessione con altre organizzazioni può essere istituzionalizzata creando organi di coordinamento o facendo in modo che propri responsabili siedano in organi di altre organizzazioni. Un ruolo importante spetta anche alla collaborazione con i medici di famiglia e agli scambi regolari con i detentori del potere decisionale della politica e dell'amministrazione. Per quanto riguarda la popolazione migrante, può essere altresì opportuno favorire l'interconnessione transnazionale. Per

⁴⁷ www.transpraev.ch. Uno strumento utile per lo sviluppo delle organizzazioni è disponibile all'indirizzo <https://public-health-services.ch/wp-content/uploads/leitfragen-organisationen.pdf>.

coinvolgere maggiormente le organizzazioni dei gruppi di destinatari può tornare utile un sostegno strutturale (ad es. messa a disposizione d'infrastrutture d'ufficio). Inoltre, le organizzazioni hanno tutto l'interesse ad allinearsi alle strategie nazionali per quanto riguarda i gruppi svantaggiati per unire le risorse limitate e semplificare il coordinamento.

10.6 Conclusioni e raccomandazioni finali

Focalizzazione sulla propria sfera di responsabilità e d'influenza

Nel definire le priorità della sua strategia Sanità2020, il Consiglio federale ricorda che lo stato di salute del 60% della popolazione svizzera è influenzato da fattori che esulano dalla politica sanitaria [1]. Non sorprende quindi che gli approcci d'intervento esposti rientrino nella sfera di responsabilità e d'influenza di diversi settori della politica. Le misure che agiscono sui determinanti strutturali e che dovrebbero contribuire a ridurre lo svantaggio sociale, spesso si situano al di fuori del campo di azione reale della politica e della prassi sanitaria. Di conseguenza, richiedono una procedura multisettoriale, che include in particolare la politica dell'istruzione, sociale, della pianificazione del territorio e del mercato del lavoro [23, 31, 36]. I responsabili della promozione della salute e della prevenzione non possono e non devono attuare da soli tutte le misure basate sull'evidenza individuate. Per sistematizzare la pianificazione e l'attuazione, è piuttosto indispensabile definire quali interventi sono di loro competenza e quando bisogna spronare altri settori della politica ad agire per migliorare le pari opportunità di salute (*agenda-setting* mirato).

Notevoli lacune nella ricerca

Lo studio [281] su cui poggia questo capitolo indica che la promozione della salute e la prevenzione negli ambiti attività fisica e alimentazione, salute mentale e dipendenze (sull'esempio della prevenzione del tabagismo), sono state studiate in modo lacunoso dal punto di vista delle pari opportunità. La prassi della promozione della salute e della prevenzione potrebbe essere resa ancora più equa ed efficace mediante ulteriori ricerche nei seguenti ambiti:

- orientamento sessuale e/o identità di genere, persone anziane socialmente svantaggiate;
- effetti degli interventi universali, ossia non concepiti per gruppi di destinatari specifici, soprattutto nel *setting* scolastico su persone socialmente svantaggiate;
- interventi basati sulla tecnologia (Internet, smartphone, SMS, *fitness tracker*, *social media*) dal momento che numerosi studi vi intravedono un grande potenziale per i gruppi svantaggiati e difficilmente raggiungibili;
- promozione della salute mentale: in questo ambito il numero di studi è particolarmente esiguo verosimilmente perché la ricerca si concentra più sul trattamento di malattie psichiche esistenti che non sulla prevenzione della salute e sulla prevenzione;
- approcci efficaci e criteri di successo in relazione alle dipendenze comportamentali e da sostanze diverse dal tabacco.

Malgrado le grandi lacune esistenti è possibile individuare alcuni approcci e criteri di successo che contribuiscono a migliorare le pari opportunità di salute in tutti gli ambiti tematici e per tutti i gruppi di destinatari, comprese le persone socialmente svantaggiate.

Principali raccomandazioni riguardanti i criteri di successo

In sintesi, indipendentemente dall'ambito tematico (attività fisica e alimentazione, salute mentale, dipendenze), dalla fase di vita e dalle caratteristiche rilevanti per la disparità, i criteri di successo degli interventi sono fondamentalmente i seguenti:

- partecipazione del gruppo di destinatari in tutte le fasi dei progetti e dei programmi;
- focalizzazione sulla motivazione e sull'*empowerment*;
- reclutamento e/o attuazione nel *setting* e nelle reti del gruppo di destinatari da parte di persone di tale gruppo;
- coinvolgimento di più livelli, in particolare combinazione di misure comportamentali e relazionali;
- associazione di temi (ad es. promozione congiunta di attività fisica e partecipazione sociale);
- adeguamento di contenuti e lingua al mondo della vita e ai bisogni del gruppo di destinatari.

Sia la pianificazione e l'attuazione che il monitoraggio e la valutazione devono imperativamente tenere conto delle possibili disparità nell'impatto delle misure. Per far luce sulle macchie cieche esistenti, le valutazioni o gli studi condotti e pubblicati devono determinare gli effetti degli interventi in funzione delle caratteristiche rilevanti per la disparità. Tali dati permetteranno di avviare una riflessione continua sull'effettivo raggiungimento dei gruppi di destinatari mirati.

Infine, per integrare sistematicamente e durevolmente l'obiettivo delle pari opportunità nella promozione della salute e nella prevenzione è altresì necessario un ulteriore sviluppo delle organizzazioni attive in questi settori.

Prospettive

«Non vi è alcun dubbio che le disparità di salute prevenibili indichino un fallimento delle società moderne.»

Rathmann & Richter (2016, p. 48) [8]

Il presente rapporto evidenzia le molteplici possibilità per promuovere le pari opportunità di salute delle persone socialmente svantaggiate. Nonostante le lacune, in parte notevoli, nella ricerca in tutti e tre gli ambiti tematici (MNT, salute mentale e dipendenze) e per tutti i gruppi di destinatari, sono stati individuati diversi approcci d'intervento e criteri di successo che hanno dimostrato di contribuire a una ripartizione più equa delle opportunità di salute nella società.

Il rapporto mostra anche che la promozione della salute e la prevenzione volte alle pari opportunità non partono da zero. In Svizzera e in altri Paesi simili esistono già numerosi esempi di buone pratiche che spronano ad agire e che si prestano a essere riprodotti.

La delicata fase dell'attuazione

Volgendo lo sguardo al *public health action cycle*, il presente rapporto fornisce perlopiù informazioni e input sulle prime tre fasi: istantanea della situazione, analisi delle cause e sviluppo di misure. Quelle successive consistono nell'attuazione di misure e, in seguito, nella loro valutazione. Come spesso accade, non è facile passare da un rapporto di base alla pratica, a maggior ragione se il tema è complesso. E come scrivono i ricercatori svizzeri Domenig e Cattacin, non vi è obiettivo più arduo della riduzione delle disparità di salute (Domenig & Cattacin 2015, p. 107) [17].

Messa in pratica di alcuni elementi del rapporto

Il modello che spiega l'insorgenza delle iniquità di salute (cfr. capitolo 6), elemento chiave del presente rapporto, è esplicitamente incentrato su azioni salutogeniche e può fungere da punto di partenza per alcune prime fasi fondamentali. Esso infatti mostra come nascono lo svantaggio e una maggiore vulnerabilità a livello di salute, fornisce primi elementi di riflessione sui gruppi di destinatari e spunti per possibili misure, e illustra quali settori della politica devono essere coinvolti nella loro elaborazione ed attuazione. In breve, permette di pianificare il miglioramento delle pari opportunità di salute in modo globale, sistematico e duraturo.

Nelle raccomandazioni viene inoltre descritto un ampio ventaglio di misure collaudate e di criteri di successo che meritano di essere applicati nella prassi. Visto il metodo scelto, ovvero un'analisi sistematica della letteratura internazionale specializzata, sulle questioni operative e sulle procedure concrete si possono fornire solo indicazioni limitate. Alcuni strumenti sviluppati negli ultimi anni sono comunque utili per trasporre nella prassi le conoscenze scaturite dalla ricerca.

Aiuti per l'attuazione nella prassi

Affinché le pari opportunità siano tenute in considerazione in tutte le fasi di un progetto, in Svizzera è stato elaborato un documento di lavoro [24] che si prefigge di aiutare i responsabili di progetto ad analizzare i carichi e le risorse dei gruppi di destinatari, a definire le interazioni e a garantire eque opportunità lungo l'intero processo. Anche se tale documento si fonda su un modello esplicativo leggermente diverso, contiene alcuni spunti utili su come procedere nella prassi.

Un documento simile allestito in Germania contenente un elenco di domande chiave volte a rafforzare le pari opportunità di salute [63] permette d'individuare i rischi e le risorse in materia di salute che possono essere presenti nei diversi gruppi sociali per poi ricavarne la necessità d'intervento.

Il centro federale tedesco per l'educazione alla salute (*Deutsche Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA*) ha recentemente pubblicato una guida completa e aggiornata alle buone pratiche della promozione della salute legata alla posizione sociale [282]. Tale documento contiene consigli e criteri per la concezione di misure, il coinvolgimento di persone e istituzioni (moltiplicatori), l'interconnessione, la gestione della qualità, la documentazione e la valutazione. Un capitolo separato spiega come rilevare il rapporto costo-efficacia delle misure.

Nel quadro del suo sistema di qualità *quint-essenz*, Promozione Salute Svizzera ha elaborato criteri generali e ampi per progetti e programmi di promozione della salute e prevenzione, che possono parimenti fungere da orientamento per l'elaborazione e la riflessione su misure⁴⁸.

⁴⁸ Disponibile al seguente link: <https://quint-essenz.ch/de/dimensions>.

Esempi di buone pratiche sono infine reperibili nelle banche dati seguenti:

- il *Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit* raccoglie e sostiene la diffusione di conoscenze, esperienze e progetti finalizzati alla promozione della salute e alla prevenzione volte alle pari opportunità in Germania (www.gesundheitliche-chancengleichheit.de);
- lo *European Portal for Action on Health Inequalities* documenta iniziative e strategie europee contro le iniquità di salute. Il sito web del portale contiene una banca dati di progetti, strumenti pratici e guide (www.health-inequalities.eu).

Suggerimenti destinati alla politica e alla prassi

In linea con la Carta di Bangkok promossa dall'OMS, è auspicabile che, in futuro, all'intensa attività di ricerca e alle numerose risoluzioni di politica sanitaria faccia seguito un aumento delle misure a favore delle pari opportunità di salute. Ciò richiede investimenti duraturi in politica, nonché misure e infrastrutture per influenzare i determinanti strutturali e i determinanti sociali della salute.

È inoltre necessario potenziare il monitoraggio e rafforzare la valutazione degli interventi a favore delle pari opportunità di salute per a) individuare e moltiplicare le misure efficaci, b) consolidare la legittimità della promozione della salute e della prevenzione volte alle pari opportunità, e c) gestire la politica sanitaria sulla base di obiettivi e risultati chiari.

Per migliorare l'elaborazione e la gestione della politica sanitaria occorre:

- informare e assicurare la formazione continua dei detentori del potere decisionale e degli specialisti della salute nonché sensibilizzare il grande pubblico sui determinanti delle iniquità di salute;
- adottare una procedura coordinata e multi-settoriale che comprenda partenariati e alleanze con diversi settori della politica e con attori non statali, privati e della società civile (incl. aziende e datori di lavoro privati). L'obiettivo è armonizzare in modo sistematico le rispettive sfere di responsabilità e d'influenza affinché si completino in modo mirato;

- tenere maggiormente in considerazione le conseguenze che le decisioni prese a ogni livello e in tutti i settori della politica hanno sulle pari opportunità di salute (principio dell'*health in all policies* legato all'approccio multisettoriale);
- orientare più chiaramente il settore sanitario sull'obiettivo delle pari opportunità di salute;
- rafforzare la partecipazione della società civile alla definizione e all'attuazione della politica per aumentare l'efficacia delle misure;
- pianificare e attuare le misure di promozione della salute e prevenzione ponendo maggiormente l'accento su una prospettiva che abbraccia l'intero arco della vita.

Vista l'estrema complessità dell'argomento e i numerosi attori coinvolti l'obiettivo delle pari opportunità di salute richiede un approccio a lungo termine e una politica dei piccoli passi (Domenig & Cattacin 2015, p. 107) [17]. Come evidenziato nell'introduzione, si tratta comunque di un investimento necessario dal quale trarrà beneficio l'intera società.

Fonti bibliografiche

- [1] DFI (2013). *Sanità2020. Politica sanitaria: le priorità del Consiglio federale*. Berna: Ufficio federale della sanità pubblica.
- [2] Egger, M. & Razum, O. (2014). Public Health: Konzepte, Disziplinen und Handlungsfelder. In M. Egger & O. Razum (Eds.), *Public Health. Sozial- und Präventivmedizin kompakt* (2nd ed., pp. 1–25). Berlin, Boston: De Gruyter.
- [3] WHO Europe (2014). *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report*. Copenhagen: World Health Organization.
- [4] Spini, D., Pin le Corre, S. & Klaase, H. S. (2016). Psychische Gesundheit und soziale Ungleichheit. In M. Blaser & F. T. Amstad (Eds.), *Psychische Gesundheit über die Lebensspanne. Grundlagenbericht* (pp. 31–41). Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- [5] Arcaya, M. C., Arcaya, A. L. & Subramanian, S. V. (2015). Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. *Global Health Action*, 8(1), 1–12. doi:10.3402/gha.v8.27106
- [6] Lamprecht, M., König, C. & Stamm, H. (2006). *Gesundheitsbezogene Chancengleichheit mit Blick auf «Psychische Gesundheit – Stress» und «Gesundes Körpergewicht»*. Grundlegendokument im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- [7] Graham, H. & Kelly, M. P. (2004). Health inequalities: concepts, frameworks and policy. *NHS, Health Development Agency* (January 2004), 1–12.
- [8] Rathmann, K. & Richter, M. (2016). Gesundheitliche Ungleichheit – eine theoretische und empirische Einführung. In Schweizerisches Rotes Kreuz (Ed.), *Privileg Gesundheit? Zugang für alle!* (pp. 25–58). Zürich: Seismo Verlag.
- [9] Kaya, B. (2006). *Grundlagenpapier Chancengleichheit und Gesundheit: State of the Art*. Neuchâtel: Swiss Forum for Migration and Population Studies (SFM).
- [10] Zuniga, J. M., Marks, S. P. & Gostin, L. O. (Eds.) (2013). *Advancing the human right to health*. Oxford: Oxford University Press.
- [11] Tobin, J. (2012). *The right to health in international law*. Oxford: Oxford University Press.
- [12] Bognuda, C. (2011). *Die Verletzung des Rechts auf Gesundheit: Indikatoren für die Praxis*. Zürich: Schulthess.
- [13] Frewer, A. & Bielefeldt, H. (Eds.) (2016). *Das Menschenrecht auf Gesundheit: Normative Grundlagen und aktuelle Diskurse* (transcript.). Bielefeld.
- [14] Wilkinson, R. & Pickett, K. (2010). *The spirit level: Why equality is better for everyone*. London: Penguin Books.
- [15] Kaya, B. (2007). *Documento di base sul tema «migrazione e salute». Sviluppo di documenti e strumenti per la dimensione «migrazione» nella promozione e nella prevenzione della salute*. Neuchâtel: Swiss Forum for Migration and Population Studies (SFM).
- [16] Mackenbach, J. P., Meerding, W. J. & Kunst, A. E. (2011). Economic costs of health inequalities in the European Union. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 65(5), 412 LP-419. doi:10.1136/jech.2010.112680
- [17] Domenig, D. & Cattacin, S. (2015). *Gerechte Gesundheit. Grundlagen – Analysen – Management*. Bern: Hogrefe Verlag.
- [18] CSDH (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization.
- [19] Marmot, M. (2015). *The Health Gap. The Challenge of an Unequal World*. London: Bloomsbury.

- [20] OMS Europa (1986). *Carta di Ottawa per la Promozione della Salute*. Ginevra: Organizzazione Mondiale della Sanità.
- [21] Rasanathan, K. (2018). Comment 10 years after the Commission on Social Determinants of Health: social injustice is still killing on a grand scale. *The Lancet*, 6736(18), 1–2. doi:10.1016/S0140-6736(18)32069-5
- [22] Cohen, B. E. & Marshall, S. G. (2017). Does public health advocacy seek to redress health inequities? *A scoping review*, 25(2), 309–328. doi:10.1111/hsc.12320
- [23] Bachmann, N. & Neuhaus, M. (2010). *Vierter Gesundheitsbericht des Kantons Bern. Die Gesundheitschancen sind ungleich verteilt*. Bern: Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern.
- [24] Stamm, H., Lamprecht, M., Conrad, C., Setz, R. & Ackermann, G. (2010). *Foglio di lavoro inerente il documento base «Disuguaglianza sociale e salute»*. Berna e Losanna: Promozione Salute Svizzera.
- [25] AG NCD-Strategie Teilprojekt 1 (2015). *Risikofaktoren, Nationale Präventionsaktivitäten und Synergien zu krankheitsspezifischen Teilstrategien. Grundlagenbericht als Basis für die Erarbeitung der Nationalen Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie)*. Unveröffentlichter Bericht.
- [26] Homfeldt, H. G. (2010). Gesundheit und Krankheit im Alter. In K. Aner & U. Karl (Eds.), *Handbuch Soziale Arbeit und Alter* (pp. 315–320). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- [27] Kowalski, C., Steinhausen, S., Pfaff, H. & Janssen, H. (2008). Sozioökonomische Ungleichheit erfordert zielgruppenspezifische Präventionsprogramme. *Public Health Forum*, 16(59), 29.e1-29.e3.
- [28] Bolliger-Salzmänn, H. (2016). Psychische Gesundheit im Jugendalter. In M. Blaser & F. T. Amstad (Eds.), *Psychische Gesundheit über die Lebensspanne. Grundlagenbericht* (pp. 70–81). Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- [29] Soom Ammann, E. & Salis Gross, C. (2011). *Schwer erreichbare und benachteiligte Zielgruppen. Teilprojekt im Rahmen des Projekts «Best Practice Gesundheitsförderung im Alter»*. Bern: Online unter www.gesundheitsfoerderung.ch (Zugriff: Oktober 2015).
- [30] Tudor Hart, J. (1971). The Inverse Care Law. *The Lancet*, 297(7696), 405–412. doi:10.1016/S0140-6736(71)92410-X
- [31] Richter, M., Ackermann, S. & Moor, I. (2011). *Determinanten der Gesundheit und ihre relative Bedeutung für die Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten: Ein systematisches Review* (Vol. 49). Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- [32] Stamm, H., Fischer, A., Wiegand, D. & Lamprecht, M. (2013). *Konzept für ein «Monitoring der Verteilung von Krankheitsrisiken und Gesundheitschancen in der Schweiz.»* Zürich: Lamprecht und Stamm Sozialforschung und Beratung AG.
- [33] Guggenbühl, L. (2017). *Wirkungen der Gesundheitsförderung nachweisen und optimieren. Einblicke in die Arbeitsweise des Wirkungsmanagements von Gesundheitsförderung Schweiz sowie in die Ergebnisse der Gesundheitsförderungskonferenz 2017 zum Thema «Gesundheitsförderung wirkt!»*. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- [34] Gesundheitsförderung Schweiz (2018). *Qualitätskriterien für Programme und Projekte der Gesundheitsförderung und Prävention. Übersicht über die Kriterien und Anwendungsmöglichkeiten auf www.quintessenz.ch*. Arbeitspapier 44. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- [35] Fässler, S. & Studer, S. (2019). *Valutazione d'impatto degli interventi. Guida per progetti relativi agli ambiti attività fisica, alimentazione e salute psichica*. Fogli di lavoro 46. Berna e Losanna: Promozione Salute Svizzera.
- [36] Stamm, H. & Lamprecht, M. (2009). *Ungleichheit und Gesundheit. Grundlegendokument zum Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und Gesundheit*. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- [37] Braveman, P. A., Kumanyika, S., Fielding, J., LaVeist, T., Borrell, L. N., Manderscheid, R. & Troutman, A. (2011). Health disparities and health equity: The issue is justice. *American Journal of Public Health*, 101 (SUPPL. 1), 149–155. doi:10.2105/AJPH.2010.300062
- [38] Mielck, A. (2005). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion*. Bern: Verlag Hans Huber.

- [39] UFSP; CDS; Promozione Salute Svizzera (2016). *Strategia nazionale sulla prevenzione delle malattie non trasmissibili (Strategia MNT) 2017-2024. Piano di misure MNT*. Berna: UFSP, CDS, Promozione Salute Svizzera.
- [40] WHO (2018). *Health Impact Assessment. Glossary terms used*. Retrieved January 29, 2018, from <http://www.who.int/hia/about/glos/en/>
- [41] Boston Public Health Commission (2018). *What is Health Equity?* Retrieved January 29, 2018, from <http://www.bphc.org/whatwedo/health-equity-social-justice/what-is-health-equity/Pages/what-is-health-equity.aspx>
- [42] WHO (2017). *10 facts on health inequities and their causes*. Retrieved July 22, 2019, from https://www.who.int/features/factfiles/health_inequities/en/
- [43] WHO (2018). *Social determinants of health: Key concepts*. Retrieved January 29, 2018, from http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/en/
- [44] Gesundheitsförderung Schweiz (2017). *Geschlechtliche und sexuelle Minderheiten in Gesundheitsförderung und Prävention. Zielgruppe Kinder und Jugendliche*. Faktenblatt 19. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- [45] Hatzenbuehler, M. L. (2014). Structural Stigma and the Health of Lesbian, Gay, and Bisexual Populations. *Current Directions in Psychological Science*, 23(2), 127–132. doi:10.1177/0963721414523775
- [46] Hatzenbuehler, M. L. (2016). Structural stigma: Research evidence and implications for psychological science. *The American psychologist*, 71(8), 742–751. doi:10.1037/amp0000068
- [47] Gesundheitsförderung Schweiz (2017). *Monitoring der Gewichtsdaten der schulärztlichen Dienste der Städte Basel, Bern und Zürich. Vergleichende Auswertung der Daten des Schuljahres 2015/2016*. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- [48] Stamm, H., Ceschi, M., Gebert, A., Guggenbühl, L., Lamprecht, M., Ledergerber, M., ... Tschumper, A. (2014). *Monitoring der Gewichtsdaten der schulärztlichen Dienste der Städte Basel, Bern und Zürich. Vergleichende Auswertung der Daten des Schuljahres 2012/2013*. Arbeitspapier 5. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- [49] Streich, W. (2009). Vulnerable Gruppen: «Verwundbarkeit» als politiksensibilisierende Metapher in der Beschreibung gesundheitlicher Ungleichheit. In M. Richter & K. Hurrelmann (Eds.), *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (2nd ed., pp. 301–307). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- [50] SRK (2013). *Erleichterter Zugang für verletzte Personen zu den Dienstleistungen des Schweizerischen Roten Kreuzes: Grundlagen und praxisbezogene Beispiele*. Wabern-Bern: SRK.
- [51] UFSP; CDS (2016). *Strategia nazionale sulla prevenzione delle malattie non trasmissibili (Strategia MNT) 2017-2024. Piano di misure MNT*. Berna: UFSP, CDS.
- [52] Weber, D., Abel, B., Ackermann, G., Biedermann, A., Bürgi, F., Kessler, C., ... Widmer Howald, F. (2016). *Gesundheit und Lebensqualität im Alter. Grundlagen für kantonale Aktionsprogramme «Gesundheitsförderung im Alter»*. Bericht 5. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- [53] Henrickson, M. & Fouché, C. (2017). *Vulnerability and marginality in human services*. London: Routledge.
- [54] Weiss, R. (2006). Vulnerabilität und Resilienz aus transdisziplinärer Sicht. In P. van Eeuwijk & B. Obrist (Eds.), *Vulnerabilität, Migration und Altern* (pp. 25–47). Zürich: Seismo Verlag.
- [55] Bieler, G., Paroz, S., Faouzi, M., Trueb, L., Vaucher, P., Althaus, F., ... Bodenmann, P. (2012). Social and medical vulnerability factors of emergency department frequent users in a universal health insurance system. *Academic Emergency Medicine*, 19(1), 63–68. doi:10.1111/j.1553-2712.2011.01246.x
- [56] Gasser, N., Knöpfel, C. & Seifert, K. (2015). *Erst agil, dann fragil*. Zürich: Pro Senectute Schweiz.
- [57] UFSP (2015). *Strategia nazionale Dipendenza 2017-2024*. Berna. Ufficio federale della sanità pubblica.
- [58] Salis Gross, C., Soom Ammann, E. & Haug, S. (2015). Chancengleichheit und gesundes Körpergewicht: Aktualisierung der wissenschaftlichen Fakten 2006–2014. Bern: Public Health Services.
- [59] Clow, B., Hanson, Y. & Bernier, J. (2018). *Distinguish between Equity and Equality*. SGBA e-learning resource: *Rising to the challenge*. Retrieved February 16, 2018, from <http://sgba-resource.ca/en/concepts/equity/distinguish-between-equity-and-equality/>

- [60] Milken Institute School of Public Health (2016). *What's the Difference Between Equity and Equality?* Retrieved February 16, 2018, from <https://publichealthonline.gwu.edu/blog/equity-vs-equality/>
- [61] Weber, D. & Salis Gross, C. (2018). Chancengleichheit und Chancengerechtigkeit in der Gesundheitsförderung. *Sucht magazin*, 44(5), 13–17. doi:<https://doi.org/10.5167/uzh-162788>
- [62] Krämer, H. (2018). *Chancengleichheit*. *Gabler Wirtschaftslexikon*. Retrieved February 14, 2018, from <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/chancengleichheit.html#erklaerung>
- [63] Fehr, A., Hölling, G., Lampert, T., Maschewsky-Schneider, U., Mielck, A., Niederbühl, K., ... Zeeb, H. (2014). *Leitfragen zur Stärkung der Querschnittsanforderung Gesundheitliche Chancengleichheit*. Köln: Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V.
- [64] Mielck, A. (2000). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit: empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten*. Bern: Hans Huber.
- [65] Gasser, K. & Houmard, S. (2018). Soziale Benachteiligung erzeugt ungleiche Gesundheitschancen. *spectra* (119), 2–3.
- [66] WHO (1998). *Health Promotion Glossary*. Geneva. Retrieved from http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR_Glossary_1998.pdf
- [67] CIHER (2019). *Centre for Indigenous Health Equity Research*. Retrieved June 27, 2019, from <https://www.cqu.edu.au/research/organisations/centre-for-indigenous-health-equity-research>
- [68] Halfon, N., Larson, K. & Russ, S. (2010). Why Social Determinants. *Healthcare quarterly*, 14(1), 8–20.
- [69] Höglinger, M., Seiler, S., Ehrler, F. & Maurer, J. (2019). *Gesundheit der älteren Bevölkerung in der Schweiz*. Lausanne und Winterthur: Université de Lausanne, FORS und ZHAW.
- [70] Homfeldt, H. G. (2005). Gesund Altern – Aufgaben Sozialer Arbeit. In C. Schweppe (Ed.), *Alter und soziale Arbeit. Theoretische Zusammenhänge, Aufgaben- und Arbeitsfelder* (pp. 87–108). Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.
- [71] Von dem Knesebeck, O. & Schäfer, I. (2009). Gesundheitliche Ungleichheit im höheren Lebensalter. In M. Richter & K. Hurrelmann (Eds.), *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (2nd ed., pp. 253–265). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- [72] Kruse, A. (2014). Prävention und Gesundheitsförderung im hohen Alter. In K. Hurrelmann, T. Klotz & J. Haisch (Eds.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (4th ed., pp. 89–99). Bern: Verlag Hans Huber.
- [73] Solar, O. & Irwin, A. (2010). A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2. *Commission on Social Determinants of Health*. Geneva: World Health Organization.
- [74] Wilkinson, R. & Marmot, M. (Eds.) (2003). *Social Determinants of Health: The Solid Facts* (2nd ed.). Copenhagen: World Health Organization. doi:10.1016/j.jana.2012.03.001
- [75] Boes, S., Kaufmann, C. & Marti, J. (2016). *Sozioökonomische und kulturelle Ungleichheiten im Gesundheitsverhalten der Schweizer Bevölkerung*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Retrieved from http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2016/obsan_dossier_51.pdf
- [76] UFSP (2018). *Opuscolo: Pari opportunità e salute. Fatti e cifre per la Svizzera*. Berna: Ufficio federale della sanità pubblica.
- [77] Spiess, M. & Schnyder-Walser, K. (2018). *Chancengleichheit und Gesundheit – Zahlen und Fakten für die Schweiz*. Hintergrunddokument. Bern: socialdesign ag.
- [78] Remund, A. (2018). Die Übersterblichkeit der jungen Erwachsenen in der Schweiz: Zeitbezogen, vermeidbar und sozial ungleich verteilt. *LIVES Impact Policy Brief* (8). Retrieved from <https://www.lives-nccr.ch/de/newsletter/die-uebersterblichkeit-der-jungen-erwachsenen-der-schweiz-n2935>
- [79] Schnyder-Walser, K., Rufin, R., Grunder, M. & Widmer, P. (2015). *Literaturanalyse «Gesundheitliche Ungleichheit: Ursachen, Problemfelder und mögliche Massnahmen ausserhalb des Migrationskontexts»*. Schlussbericht. Bern.
- [80] Wang, J., Häusermann, M., Ajdacic-Gross, V., Aggleton, P. & Weiss, M. G. (2007). High prevalence of mental disorders and comorbidity in the Geneva Gay Men's Health Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(5), 414–420. doi:10.1007/s00127-007-0190-3

- [81] Wang, J., Hausermann, M. & Weiss, M. G. (2014). Mental health literacy and the experience of depression in a community sample of gay men. *Journal of Affective Disorders*, 155, 200–207. doi:10.1016/j.jad.2013.11.001
- [82] Gesundheitsförderung Schweiz (2017). *Geschlechtliche und sexuelle Minderheiten in Gesundheitsförderung und Prävention. Zielgruppe Kinder und Jugendliche*. Faktenblatt 19. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz. Retrieved from https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/diverse-themen/faktenblaetter/Faktenblatt_019_GFCH_2017-02_-_Geschlechtliche_und_sexuelle_Minderheiten.pdf
- [83] Lamprecht, M. & Stamm, H. (2015). *Observatorium Sport und Bewegung Schweiz. Laufend aktualisierte Indikatoren. Stand März 2015*. Zürich: Lamprecht und Stamm Sozialforschung und Beratung AG.
- [84] gfs.bern (2016). *Bevölkerungsbefragung «Erhebung Gesundheitskompetenz 2015». Schlussbericht*. Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG, Abteilung Gesundheitsstrategien. Bern: gfs.bern.
- [85] Terraneo, M. (2015). Inequities in health care utilization by people aged 50+: Evidence from 12 European countries. *Social Science & Medicine*, 126, 154–163.
- [86] Lampert, T. (2016). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In M. Richter & K. Hurrelmann (Eds.), *Soziologie von Gesundheit und Krankheit* (pp. 121–137). Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- [87] Blaser, M. & Amstad, F. T. (Eds.) (2016). *Psychische Gesundheit über die Lebensspanne. Grundlagenbericht*. Bericht 6. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- [88] Mielck, A. & Helmert, U. (2016). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In K. Hurrelmann & O. Razum (Eds.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (6th ed.). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- [89] Klein, J. & Von dem Knesebeck, O. (2016). Soziale Einflüsse auf die gesundheitliche Versorgung. In M. Richter & K. Hurrelmann (Eds.), *Soziologie von Gesundheit und Krankheit* (pp. 341–352). Wiesbaden: Springer.
- [90] Mielck, A. (2006). *Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung*. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- [91] Diebold, M. (2016). Hindernisse für sozial benachteiligte Gruppen bei der Nutzung des Gesundheitssystems der Schweiz. In SRK (Ed.), *Privileg Gesundheit? Zugang für alle!* (pp. 59–80). Zürich: Seismo Verlag.
- [92] VicHealth (2015). *About Fair Foundations and promoting health equity. A resource to support Fair Foundations: The VicHealth framework for health equity*. Melbourne: Victorian Health Promotion Foundation.
- [93] Kawachi, I., Subramanian, S. V. & Almeida-Filho, N. (2002). A glossary for health inequalities (Glossary). *Journal of Epidemiology & Community Health*, 56(9), 647–653. Retrieved from http://go.galegroup.com.proxy.lib.utk.edu:90/ps/i.do?id=GALE%7CA90984956&v=2.1&u=tel_a_utl&it=r&p=AONE&sw=w&authCount=1
- [94] Halfon, N., Inkelas, M. & Hochstein, M. (2000). The health development organization: an organizational approach to achieving child health development. *Milbank Quarterly*, 78(3), 341,447-497.
- [95] Kapilashrami, A. & Hankivsky, O. (2018). Intersectionality and why it matters to global health. *www.thelancet.com Soc Psychiatry Psychiatri Epidemiol*, 46, 2589–2591. doi:10.1016/S0140-6736(18)31431-4
- [96] Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Policies. *The University of Chicago Legal Forum*, 1989(1), 139–167. doi:10.1525/sp.2007.54.1.23.
- [97] Community Development and Health Network (n.d.). *What are health inequalities? Community Development and Health Network*. Retrieved from <https://www.cdhn.org/factsheets>
- [98] Ministry of Health – Manatu Haoura (2018). *Health and Independence Report 2017. The Director-General of Health's Annual Report on the State of Public Health*. Retrieved from <https://www.health.govt.nz/publication/health-and-independence-report-2016>
- [99] BAG (2018). *Gesundheitliche Chancengleichheit*. Bern: Bundesamt für Gesundheit. Retrieved from https://www.g2020-info.admin.ch/de/create-pdf/?project_id=36
- [100] BAG (2016). *Massnahmenplan zur Nationalen Strategie Sucht 2017–2024*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

- [101] Weber, M. (2018). Strategie Sucht: Schwerpunkt gesundheitliche Chancengleichheit. *Suchtmagazin*, 44(5), 29–31.
- [102] Bürli, C., Amstad, F., Duetz Schmucki, M. & Schibli, D. (2015). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Bestandsaufnahme und Handlungsfelder. Bericht im Auftrag des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- [103] Desmond, M. & Emirbayer, M. (2016). *Race in America*. New York, London: W.W. Norton & Company.
- [104] Marmot, M. (2017). Inclusion health: Addressing the causes of the causes. *The Lancet*, 391, 186–188. doi:10.1016/S0140-6736(17)32848-9
- [105] Olstad, D. L., Teychenne, M., Minaker, L. M., Taber, D. R., Raine, K. D., Nykiforuk, C. I. & Ball, K. (2016). Can policy ameliorate socioeconomic inequities in obesity and obesity-related behaviours? A systematic review of the impact of universal policies on adults and children. *Obes Rev*, 17(12), 1198–1217. doi:10.1111/obr.12457
- [106] Olstad, D. L., Ancilotto, R., Teychenne, M., Minaker, L. M., Taber, D. R., Raine, K. D., ... Ball, K. (2017). Can targeted policies reduce obesity and improve obesity-related behaviours in socioeconomically disadvantaged populations? A systematic review. *Obes Rev*, 18(7), 791–807. doi:10.1111/obr.12546
- [107] Spence, J. C., Holt, N. L., Dutove, J. K. & Carson, V. (2010). Uptake and effectiveness of the Children's Fitness Tax Credit in Canada: the rich get richer. *BMC Public Health*, 10, 356. doi:10.1186/1471-2458-10-356
- [108] Craike, M., Wiesner, G., Hilland, T. A. & Bengoechea, E. G. (2018). Interventions to improve physical activity among socioeconomically disadvantaged groups: an umbrella review. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 15(1), 43. doi:10.1186/s12966-018-0676-2
- [109] Abeykoon, A. H., Engler-Stringer, R. & Muhajarine, N. (2017). Health-related outcomes of new grocery store interventions: a systematic review. *Public health nutrition*, 20(12), 2236–2248. doi:10.1017/S1368980017000933
- [110] Ball, K., Carver, A., Downing, K., Jackson, M. & O'Rourke, K. (2015). Addressing the social determinants of inequities in physical activity and sedentary behaviours. *Health promotion international*, 30 Suppl 2, ii18–9. doi:10.1093/heapro/dav022
- [111] Everson-Hock, E. S., Johnson, M., Jones, R., Woods, H. B., Goyder, E., Payne, N. & Chilcott, J. (2013). Community-based dietary and physical activity interventions in low socioeconomic groups in the UK: a mixed methods systematic review. *Prev Med*, 56(5), 265–272. doi:10.1016/j.ypmed.2013.02.023
- [112] Gittelsohn, J. & Trude, A. (2017). Diabetes and obesity prevention: changing the food environment in low-income settings. *Nutr Rev*, 75(suppl 1), 62–69. doi:10.1093/nutrit/nuw038
- [113] Smith, M., Hosking, J., Woodward, A., Witten, K., MacMillan, A., Field, A., ... Mackie, H. (2017). Systematic literature review of built environment effects on physical activity and active transport – an update and new findings on health equity. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 14(1), 158. doi:10.1186/s12966-017-0613-9
- [114] Baker, P. R. A., Francis, D. P., Soares, J., Weightman, A. L. & Foster, C. (2015). Community wide interventions for increasing physical activity. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, CD008366-CD008366. doi:10.1002/14651858.CD008366.pub3
- [115] Laws, R., Campbell, K. J., van der Pligt, P., Russell, G., Ball, K., Lynch, J., ... Denney-Wilson, E. (2014). The impact of interventions to prevent obesity or improve obesity related behaviours in children (0–5 years) from socioeconomically disadvantaged and/or indigenous families: a systematic review. *BMC Public Health*, 14(1), 779. doi:10.1186/1471-2458-14-779
- [116] Towner, E. K., Clifford, L. M., McCullough, M. B., Stough, C. O. & Stark, L. J. (2016). Treating Obesity in Preschoolers: A Review and Recommendations for Addressing Critical Gaps. *Pediatric clinics of North America*, 63(3), 481–510. doi:10.1016/j.pcl.2016.02.005
- [117] Wijtzes, A. I., van de Gaar, V. M., van Grieken, A., de Kroon, M. L. A., Mackenbach, J. P., van Lenthe, F. J., ... Raat, H. (2017). Effectiveness of interventions to improve lifestyle behaviors among socially disadvantaged children in Europe. *European journal of public health*, 27(2), 240–247. doi:10.1093/eurpub/ckw136

- [118] Ewart-Pierce, E., Mejia Ruiz, M. J. & Gittelsohn, J. (2016). «Whole-of-Community» Obesity Prevention: A Review of Challenges and Opportunities in Multilevel, Multicomponent Interventions. *Curr Obes Rep*, 5(3), 361–374. doi:10.1007/s13679-016-0226-7
- [119] Robinson, L. E., Webster, E. K., Whitt-Glover, M. C., Ceaser, T. G. & Alhassan, S. (2014). Effectiveness of pre-school- and school-based interventions to impact weight-related behaviours in African American children and youth: a literature review. *Obesity Reviews*, 15(S4), 5–25. doi:doi:10.1111/obr.12208
- [120] Hillier-Brown, F. C., Bambra, C. L., Cairns, J.-M., Kasim, A., Moore, H. J. & Summerbell, C. D. (2014). A systematic review of the effectiveness of individual, community and societal level interventions at reducing socioeconomic inequalities in obesity amongst children. *BMC Public Health*, 14, 834. doi:10.1186/1471-2458-14-834
- [121] Moore, G. F., Littlecott, H. J., Turley, R., Waters, E. & Murphy, S. (2015). Socioeconomic gradients in the effects of universal school-based health behaviour interventions: a systematic review of intervention studies. *BMC Public Health*, 15, 907. doi:10.1186/s12889-015-2244-x
- [122] Kornet-van der Aa, D. A., Altenburg, T. M., van Randeraad-van der Zee, C. H. & Chinapaw, M. J. M. (2017). The effectiveness and promising strategies of obesity prevention and treatment programmes among adolescents from disadvantaged backgrounds: a systematic review. *Obes Rev*, 18(5), 581–593. doi:10.1111/obr.12519
- [123] Lubans, D. R., Morgan, P. J., Aguiar, E. J. & Callister, R. (2011). Randomized controlled trial of the Physical Activity Leaders (PALs) program for adolescent boys from disadvantaged secondary schools. *Prev Med*, 52(3–4), 239–246. doi:10.1016/j.ypmed.2011.01.009
- [124] Bull, E. R., Dombrowski, S. U., McCleary, N. & Johnston, M. (2014). Are interventions for low-income groups effective in changing healthy eating, physical activity and smoking behaviours? A systematic review and meta-analysis. *BMJ open*, 4(11), e006046. doi:10.1136/bmjopen-2014-006046
- [125] Wadden, T. A., West, D. S., Neiberg, R. H., Wing, R. R., Ryan, D. H., Johnson, K. C., ... Vitolins, M. Z. (2009). One-year weight losses in the Look AHEAD study: factors associated with success. *Obesity (Silver Spring)*, 17(4), 713–722. doi:10.1038/oby.2008.637
- [126] Harvey, J. R. & Ogden, D. E. (2014). Obesity treatment in disadvantaged population groups: where do we stand and what can we do? *Prev Med*, 68, 71–75. doi:10.1016/j.ypmed.2014.05.015
- [127] Cleland, V., Granados, A., Crawford, D., Winzenberg, T. & Ball, K. (2013). Effectiveness of interventions to promote physical activity among socioeconomically disadvantaged women: a systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, 14(3), 197–212. doi:10.1111/j.1467-789X.2012.01058.x
- [128] Taylor, W. C., Baranowski, T. & Young, D. R. (1998). Physical activity interventions in low-income, ethnic minority, and populations with disability. *American Journal of Preventive Medicine*, 15(4), 334–343.
- [129] Cairns, J.-M., Bambra, C., Hillier-Brown, F. C., Moore, H. J. & Summerbell, C. D. (2015). Weighing up the evidence: a systematic review of the effectiveness of workplace interventions to tackle socioeconomic inequalities in obesity. *Journal of public health (Oxford, England)*, 37(4), 659–670. doi:10.1093/pubmed/fdu077
- [130] Mendoza-Vasconez, A. S., Linke, S., Munoz, M., Pekmezi, D., Ainsworth, C., Cano, M., ... Larsen, B. A. (2016). Promoting Physical Activity among Underserved Populations. *Current sports medicine reports*, 15(4), 290–297. doi:10.1249/JSR.0000000000000276
- [131] Sullivan, A. N. & Lachman, M. E. (2016). Behavior Change with Fitness Technology in Sedentary Adults: A Review of the Evidence for Increasing Physical Activity. *Front Public Health*, 4, 289. doi:10.3389/fpubh.2016.00289
- [132] Lood, Q., Haggblom-Kronlof, G. & Dahlin-Ivanoff, S. (2015). Health promotion programme design and efficacy in relation to ageing persons with culturally and linguistically diverse backgrounds: a systematic literature review and meta-analysis. *BMC Health Serv Res*, 15, 560. doi:10.1186/s12913-015-1222-4
- [133] Baxter, S., Johnson, M., Payne, N., Buckley-Woods, H., Blank, L., Hock, E., ... Goyder, E. (2016). Promoting and maintaining physical activity in the transition to retirement: a systematic review of interventions for adults around retirement age. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 13, 12. doi:10.1186/s12966-016-0336-3

- [134] Muellmann, S., Forberger, S., Mollers, T., Broring, E., Zeeb, H. & Pischke, C. R. (2018). Effectiveness of eHealth interventions for the promotion of physical activity in older adults: A systematic review. *Prev Med*, 108, 93–110. doi:10.1016/j.ypmed.2017.12.026
- [135] Poulsen, T., Elkjaer, E., Vass, M., Hendriksen, C. & Avlund, K. (2007). Promoting physical activity in older adults by education of home visitors. *Eur J Ageing*, 4(3), 115–124. doi:10.1007/s10433-007-0057-1
- [136] Lehne, G. & Bolte, G. (2017). Impact of universal interventions on social inequalities in physical activity among older adults: an equity-focused systematic review. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 14(1), 20. doi:10.1186/s12966-017-0472-4
- [137] Joseph, R. P. & Maddock, J. E. (2016). Observational Park-based physical activity studies: A systematic review of the literature. *Prev Med*, 89, 257–277. doi:10.1016/j.ypmed.2016.06.016
- [138] Lupton, B. S., Fonnebo, V. & Sogaard, A. J. (2003). The Finnmark Intervention Study: is it possible to change CVD risk factors by community-based intervention in an Arctic village in crisis? *Scand J Public Health*, 31(3), 178–186. doi:10.1080/14034940210134077
- [139] Brown, W. J., Mummery, K., Eakin, E. & Schofield, G. (2006). 10,000 Steps Rockhampton: evaluation of a whole community approach to improving population levels of physical activity. *Journal of Physical Activity and Health*, 3(1), 1–14.
- [140] Allison, R., Bird, E. L. & McClean, S. (2017). Is Team Sport the Key to Getting Everybody Active, Every Day? A Systematic Review of Physical Activity Interventions Aimed at Increasing Girls' Participation in Team Sport. *AIMS public health*, 4(2), 202–220. doi:10.3934/publichealth.2017.2.202
- [141] Robertson, C., Archibald, D., Avenell, A., Douglas, F., Hoddinott, P., van Teijlingen, E., ... Fowler, C. (2014). Systematic reviews of and integrated report on the quantitative, qualitative and economic evidence base for the management of obesity in men. *Health Technol Assess*, 18(35), v–vi, xxiii–xxix, 1–424. doi:10.3310/hta18350
- [142] Botorff, J. L., Seaton, C. L., Johnson, S. T., Caperchione, C. M., Oliffe, J. L., More, K., ... Tillotson, S. M. (2015). An Updated Review of Interventions that Include Promotion of Physical Activity for Adult Men. *Sports Med*, 45(6), 775–800. doi:10.1007/s40279-014-0286-3
- [143] Kessler, C. & Bürgi, F. (2016). *Faktenblatt Epidemiologie. Gender-disaggregierte Daten zur Gesundheit von älteren Frauen und Männern in der Schweiz*. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- [144] Kessler, C. & Bürgi, F. (2016). *Guida «Come raggiungiamo gli uomini over 65?» Promozione della salute in età avanzata in funzione del genere. Raccolta di esperienze per i professionisti nel campo della promozione della salute*. Berna e Losanna: Promozione Salute Svizzera.
- [145] Tovar, A., Renzaho, A. M. N., Guerrero, A. D., Mena, N. & Ayala, G. X. (2014). A Systematic Review of Obesity Prevention Intervention Studies among Immigrant Populations in the US. *Curr Obes Rep*, 3, 206–222. doi:10.1007/s13679-014-0101-3
- [146] Nierkens, V., Hartman, M. A., Nicolaou, M., Vissenberg, C., Beune, E. J. A. J., Hosper, K., ... Stronks, K. (2013). Effectiveness of cultural adaptations of interventions aimed at smoking cessation, diet, and/or physical activity in ethnic minorities. A systematic review. *PLoS ONE*, 8(10), e73373–e73373. doi:10.1371/journal.pone.0073373
- [147] Bennett, G. G., Steinberg, D. M., Stoute, C., Lanpher, M., Lane, I., Askew, S., ... Baskin, M. L. (2014). Electronic health (eHealth) interventions for weight management among racial/ethnic minority adults: a systematic review. *Obesity Reviews*, 15 Suppl 4, 146–158. doi:10.1111/obr.12218
- [148] Marcus, B. H., Hartman, S. J., Larsen, B. A., Pekmezi, D., Dunsiger, S. I., Linke, S., ... Rojas, C. (2016). Pasos Hacia La Salud: a randomized controlled trial of an internet-delivered physical activity intervention for Latinas. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 13, 62. doi:10.1186/s12966-016-0385-7
- [149] Kaya, B. (2014). Migration et information sur la santé. Revue de littérature. Bern: Schweizerisches Rotes Kreuz.
- [150] Mosdol, A., Lidal, I. B., Straumann, G. H. & Vist, G. E. (2017). Targeted mass media interventions promoting healthy behaviours to reduce risk of non-communicable diseases in adult, ethnic minorities. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD011683-CD011683. doi:10.1002/14651858.CD011683.pub2

- [151] Attwood, S., van Sluijs, E. & Sutton, S. (2016). Exploring equity in primary-care-based physical activity interventions using PROGRESS-Plus: a systematic review and evidence synthesis. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 13, 60. doi:10.1186/s12966-016-0384-8
- [152] VanKim, N. A., Austin, S. B., Jun, H.-J. & Corliss, H. L. (2017). Physical Activity and Sedentary Behaviors Among Lesbian, Bisexual, and Heterosexual Women: Findings from the Nurses' Health Study II. *Journal of women's health (2002)*, 26(10), 1077–1085. doi:10.1089/jwh.2017.6389
- [153] National LGBT Health Education Center (2018). *Addressing Eating Disorders, Body Dissatisfaction, and Obesity Among Sexual and Gender Minority Youth*. National LGBT Health Education Center. A Program of the Fenway Institute. Retrieved from <https://www.lgbthealtheducation.org/wp-content/uploads/2018/04/EatingDisordersBodyImageBrief.pdf>
- [154] McElroy, J. A., Haynes, S. G., Eliason, M. J., Wood, S. F., Gilbert, T., Barker, L. T. & Minnis, A. M. (2016). Healthy Weight in Lesbian and Bisexual Women Aged 40 and Older: An Effective Intervention in 10 Cities Using Tailored Approaches. *Womens Health Issues*, 26 Suppl 1, S18-35. doi:10.1016/j.whi.2016.05.002
- [155] Elliott, I. (2016). *Poverty and mental health: a review to inform the Joseph Rowntree Foundation's Anti-Poverty Strategy*. London: Mental Health Foundation.
- [156] Guruge, S., Wang, A. Z. Y., Jayasuriya-Illesinghe, V. & Sidani, S. (2017). Knowing so much, yet knowing so little: a scoping review of interventions that address the stigma of mental illness in the Canadian context. *Psychology, health & medicine*, 22(5), 507–523. doi:10.1080/13548506.2016.1191655
- [157] Woodhall-Melnik, J. R. & Dunn, J. R. (2016). A systematic review of outcomes associated with participation in Housing First programs. *Housing Studies*, 31(3), 287–304. doi:10.1080/02673037.2015.1080816
- [158] Wahlbeck, K., Cresswell-Smith, J., Haaramo, P. & Parkkonen, J. (2017). Interventions to mitigate the effects of poverty and inequality on mental health. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 52(5), 505–514. doi:10.1007/s00127-017-1370-4
- [159] WHO (2014). *Social determinants of mental health*. World Health Organization. Retrieved from <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112828/9789?sequence=1>
- [160] Luchenski, S., Maguire, N., Aldridge, R. W., Hayward, A., Story, A., Perri, P., ... Hewett, N. (2017). What works in inclusion health: overview of effective interventions for marginalised and excluded populations. *Lancet*. doi:10.1016/S0140-6736(17)31959-1
- [161] Yoshikawa, H., Whipples, M. D. M. & Rojas, N. M. (2017). Commentary: New Directions in Developmentally Informed Intervention Research for Vulnerable Populations. *Child development*, 88(2), 459–465. doi:10.1111/cdev.12736
- [162] Johnson, S. (2017). Social interventions in mental health: a call to action. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 52(3), 245–247. doi:10.1007/s00127-017-1360-6
- [163] Marshall, A. (2016). Suicide Prevention Interventions for Sexual & Gender Minority Youth: An Unmet Need. *Yale Journal of Biology and Medicine*, 89(2), 205–213.
- [164] Morrison, J., Pikhart, H., Ruiz, M. & Goldblatt, P. (2014). Systematic review of parenting interventions in European countries aiming to reduce social inequalities in children's health and development. *BMC Public Health*, 14, 1040. doi:10.1186/1471-2458-14-1040
- [165] Komro, K. A., Tobler, A. L., Delisle, A. L., O'Mara, R. J. & Wagenaar, A. C. (2013). Beyond the clinic: improving child health through evidence-based community development. *BMC pediatrics*, 13, 172. doi:10.1186/1471-2431-13-172
- [166] Kim, B. K., Gloppen, K. M., Rhew, I. C., Oesterle, S. & Hawkins, J. D. (2015). Effects of the communities that care prevention system on youth reports of protective factors. *Preventive Science*, 16(5), 652–662. doi:10.1007/s11121-014-0524-9
- [167] Welsh, J., Strazdins, L., Ford, L., Friel, S., O'Rourke, K., Carbone, S. & Carlon, L. (2015). Promoting equity in the mental wellbeing of children and young people: a scoping review. *Health promotion international*, 30 Suppl 2, ii36-76. doi:10.1093/heapro/dav053
- [168] Hawkins, J. D., Brown, E. C., Oesterle, S., Arthur, M. W., Abbott, R. D. & Catalano, R. F. (2008). Early effects of Communities That Care on targeted risks and initiation of delinquent behavior and substance use. *Journal of Adolescent Health*, 43(1), 15–22. doi:10.1016/j.jadohealth.2008.01.022

- [169] Oesterle, S., Kuklinski, M. R., Hawkins, J. D., Skinner, M. L., Guttmanova, K. & Rhew, I. C. (2018). Long-Term Effects of the Communities That Care Trial on Substance Use, Antisocial Behavior, and Violence Through Age 21 Years. *American Journal of Public Health, 108*(5), 659–665. doi:10.2105/ajph.2018.304320
- [170] Mitchell, R. J., Richardson, E. A., Shortt, N. K. & Pearce, J. R. (2015). Neighborhood Environments and Socioeconomic Inequalities in Mental Well-Being. *American Journal of Preventive Medicine, 49*(1), 80–84. doi:10.1016/j.amepre.2015.01.017
- [171] Barlow, J., Bergman, H., Kornor, H., Wei, Y. & Bennett, C. (2016). Group-based parent training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in young children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (8), Cd003680. doi:10.1002/14651858.CD003680.pub3
- [172] Allen, J., Balfour, R., Bell, R. & Marmot, M. (2014). Social determinants of mental health. *International Review of Psychiatry, 26*(4), 392–407. doi:10.3109/09540261.2014.928270
- [173] Reyno, S. M. & McGrath, P. J. (2006). Predictors of parent training efficacy for child externalizing behavior problems--a meta-analytic review. *J Child Psychol Psychiatry, 47*(1), 99–111. doi:10.1111/j.1469-7610.2005.01544.x
- [174] Robinson, G., Zubrick, S. R., Silburn, S., Tyler, W., Jones, Y., D'Aprano, A., ... Stock, C. (2009). *Let's start: Exploring together. An early intervention program for Northern Territory children and families. Final evaluation report*. Darwin: School for Social and Policy Research, Institute of Advanced Studies, Charles Darwin University.
- [175] Dray, J., Bowman, J., Campbell, E., Freund, M., Wolfenden, L., Hodder, R. K., ... Wiggers, J. (2017). Systematic Review of Universal Resilience-Focused Interventions Targeting Child and Adolescent Mental Health in the School Setting. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 56*(10), 813–824. doi:10.1016/j.jaac.2017.07.780
- [176] Durlak, J. A., Weissberg, R. P., Dymnicki, A. B., Taylor, R. D. & Schellinger, K. B. (2011). The impact of enhancing students' social and emotional learning: a meta-analysis of school-based universal interventions. *Child development, 82*(1), 405–432. doi:10.1111/j.1467-8624.2010.01564.x
- [177] Sklad, M., Diekstra, R., Ritter, M. D., Ben, J. & Gravesteyn, C. (2012). Effectiveness of school-based universal social, emotional, and behavioral programs: Do they enhance students' development in the area of skill, behavior, and adjustment? *Psychology in the Schools, 49*(9), 892–909.
- [178] Taylor, R. D., Oberle, E., Durlak, J. A. & Weissberg, R. P. (2017). Promoting Positive Youth Development Through School-Based Social and Emotional Learning Interventions: A Meta-Analysis of Follow-Up Effects. *Child development, 88*(4), 1156–1171. doi:10.1111/cdev.12864
- [179] Zenner, C., Herrleben-Kurz, S. & Walach, H. (2014). Mindfulness-based interventions in schools – a systematic review and meta-analysis. *Front Psychol, 5*, 603. doi:10.3389/fpsyg.2014.00603
- [180] Salerno, J. P. (2016). Effectiveness of Universal School-Based Mental Health Awareness Programs Among Youth in the United States: A Systematic Review. *The Journal of school health, 86*(12), 922–931. doi:10.1111/josh.12461
- [181] Salam, R. A., Das, J. K., Lassi, Z. S. & Bhutta, Z. A. (2016). Adolescent Health Interventions: Conclusions, Evidence Gaps, and Research Priorities. *Journal of Adolescent Health, 59*(4S), S88–S92. doi:10.1016/j.jadohealth.2016.05.006
- [182] Stewart-Brown, S. (2006). *What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach?* World Health Organization.
- [183] Perrino, T., Pantin, H., Prado, G., Huang, S., Brincks, A., Howe, G., ... Brown, C. H. (2014). Preventing internalizing symptoms among Hispanic adolescents: a synthesis across Familias Unidas trials. *Prevention Science, 15*(6), 917–928. doi:10.1007/s11121-013-0448-9
- [184] MacDonell, K. W. & Prinz, R. J. (2017). A Review of Technology-Based Youth and Family-Focused Interventions. *Clinical child and family psychology review, 20*(2), 185–200. doi:10.1007/s10567-016-0218-x
- [185] Ramsey, A. T. & Montgomery, K. (2014). Technology-based interventions in social work practice: a systematic review of mental health interventions. *Social work in health care, 53*(9), 883–899. doi:10.1080/00981389.2014.925531

- [186] Dellenbach, M. & Angst, S. (2011). *Förderung der psychischen Gesundheit im Alter*. Online unter www.gesundheitsfoerderung.ch (Zugriff: Oktober 2015).
- [187] Schäffler, H., Biedermann, A. & Salis Gross, C. (2013). *Soziale Teilhabe. Angebote gegen Vereinsamung und Einsamkeit im Alter*. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- [188] Forsman, A. K., Nordmyr, J. & Wahlbeck, K. (2011). Psychosocial interventions for the promotion of mental health and the prevention of depression among older adults. *Health promotion international*, 26 Suppl 1, i85-107. doi:10.1093/heapro/dar074
- [189] Nolen-Hoeksema, S., Larson, J. & Grayson, C. (1999). Explaining the gender difference in depressive symptoms. *J Pers Soc Psychol*, 77(5), 1061–1072.
- [190] BAG (2008). *Fokusbericht Gender und Gesundheit*. Bundesamt für Gesundheit.
- [191] Franklin, C., Kim, J. S., Beretvas, T. S., Zhang, A., Guz, S., Park, S., ... Maynard, B. R. (2017). The Effectiveness of Psychosocial Interventions Delivered by Teachers in Schools: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clinical child and family psychology review*, 20(3), 333–350. doi:10.1007/s10567-017-0235-4
- [192] Schlichthorst, M., King, K., Turnure, J., Sukunesan, S., Phelps, A. & Pirkis, J. (2018). Influencing the Conversation About Masculinity and Suicide: Evaluation of the Man Up Multimedia Campaign Using Twitter Data. *JMIR Ment Health*, 5(1), e14. doi:10.2196/mental.9120
- [193] BZgA (2009). *Gender Mainstreaming in der Gesundheitsförderung/Prävention – Anwendungsorientierter Austausch zwischen Forschung und Facharbeit unter besonderer Berücksichtigung der Anforderungen an eine geschlechtersensible Gesundheitsförderung und Prävention*. Gesundheitsförderung konkret (Band 10). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA.
- [194] Yasui, M., Pottick, K. J. & Chen, Y. (2017). Conceptualizing Culturally Infused Engagement and Its Measurement for Ethnic Minority and Immigrant Children and Families. *Clinical child and family psychology review*, 20(3), 250–332. doi:10.1007/s10567-017-0229-2
- [195] Sibinga, E. M., Webb, L., Ghazarian, S. R. & Ellen, J. M. (2016). School-Based Mindfulness Instruction: An RCT. *Pediatrics*, 137(1). doi:10.1542/peds.2015-2532
- [196] Roth, B. & Robbins, D. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health-related quality of life: findings from a bilingual inner-city patient population. *Psychosom Med*, 66(1), 113–123.
- [197] Brown-Iannuzzi, J. L., Adair, K. C., Payne, B. K., Richman, L. S. & Fredrickson, B. L. (2014). Discrimination hurts, but mindfulness may help: Trait mindfulness moderates the relationship between perceived discrimination and depressive symptoms. *Pers Individ Dif*, 56. doi:10.1016/j.paid.2013.09.015
- [198] Graham, J. R., West, L. M. & Roemer, L. (2013). The experience of racism and anxiety symptoms in an African-American sample: Moderating effects of trait mindfulness. *Mindfulness*, 4(4), 332–341.
- [199] Kaya, B. (2018). *Compétences en matière de santé. Relation patient - professionnel de santé et accès à l'information relative à la santé. Étude soutenue par l'Office fédéral de la santé publique OFSP*. Wabern: Croix-Rouge suisse.
- [200] Plöderl, M. & Tremblay, P. (2015). Mental health of sexual minorities. A systematic review. *International Review of Psychiatry*, 27(5), 367–385. doi:10.3109/09540261.2015.1083949
- [201] Hatzenbuehler, M. L. & Keyes, K. M. (2013). Inclusive Anti-Bullying Policies and Reduced Risk of Suicide Attempts in Lesbian and Gay Youth. *The Journal of Adolescent Health*, 53(1 0), S21–S26. doi:10.1016/j.jadohealth.2012.08.010
- [202] Hatzenbuehler, M. L., Keyes, K. M. & Hasin, D. S. (2009). State-level policies and psychiatric morbidity in lesbian, gay, and bisexual populations. *American Journal of Public Health*, 99(12), 2275–2281. doi:10.2105/ajph.2008.153510
- [203] PREOS (2011). *Vers l'égalité des chances en matière de santé pour les personnes LGBT: Le rôle du système de santé. État des lieux et recommandations*. Lausanne: Groupe santé, PREOS prévenir le rejet basé sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre chez les jeunes.
- [204] Saewyc, E. M., Konishi, C., Rose, H. A. & Homma, Y. (2014). School-Based Strategies to Reduce Suicidal Ideation, Suicide Attempts, and Discrimination among Sexual Minority and Heterosexual Adolescents in Western Canada. *International Journal of Child, Youth & Family Studies*, 5(1), 89–112.

- [205] Craig, S. L. & Austin, A. (2016). The AFFIRM open pilot feasibility study: A brief affirmative cognitive behavioral coping skills group intervention for sexual and gender minority youth. *Children and Youth Services Review*, *64*, 136–144.
- [206] Smith, N. G., Hart, T. A., Kidwai, A., Vernon, J. R. G., Blais, M. & Adam, B. (2017). Results of a Pilot Study to Ameliorate Psychological and Behavioral Outcomes of Minority Stress Among Young Gay and Bisexual Men. *Behav Ther*, *48*(5), 664–677. doi:10.1016/j.beth.2017.03.005
- [207] Wilkerson, J. M., Schick, V. R., Romijnders, K. A., Bauldry, J. & Butame, S. A. (2017). Social Support, Depression, Self-Esteem, and Coping Among LGBTQ Adolescents Participating in Hatch Youth. *Health Promot Pract*, *18*(3), 358–365. doi:10.1177/1524839916654461
- [208] Wang, J., Hausermann, M., Berrut, S. & Weiss, M. G. (2013). The impact of a depression awareness campaign on mental health literacy and mental morbidity among gay men. *Journal of Affective Disorders*, *150*(2), 306–312. doi:10.1016/j.jad.2013.04.011
- [209] White Hughto, J. M., Reisner, S. L. & Pachankis, J. E. (2015). Transgender stigma and health: A critical review of stigma determinants, mechanisms, and interventions. *Social Science & Medicine*, *147*, 222–231. doi:10.1016/j.socscimed.2015.11.010
- [210] Goldbach, J. T., Rhoades, H., Green, D., Fulginiti, A. & Marshal, M. P. (2018). Is There a Need for LGBT-Specific Suicide Crisis Services? *Crisis*, 1–6. doi:10.1027/0227-5910/a000542
- [211] Heck, N. C., Mirabito, L. A., LeMaire, K., Livingston, N. A. & Flentje, A. (2017). Omitted data in randomized controlled trials for anxiety and depression: A systematic review of the inclusion of sexual orientation and gender identity. *J Consult Clin Psychol*, *85*(1), 72–76. doi:10.1037/ccp0000123
- [212] Vijayaraghavan, M., Schroeder, S. A. & Kushel, M. (2016). The effectiveness of tobacco control policies on vulnerable populations in the USA: a review. *Postgrad Med J*. doi:10.1136/postgradmedj-2014-133193
- [213] Choi, K., Hennrikus, D., Forster, J. & St Claire, A. W. (2012). Use of price-minimizing strategies by smokers and their effects on subsequent smoking behaviors. *Nicotine & Tobacco Research*, *14*(7), 864–870. doi:10.1093/ntr/ntr300
- [214] WHO (2008). *WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package*. Geneva: World Health Organization.
- [215] Etter, J. F., Ritter, C., Christie, D. H., Kunz, M., Rieder, J. P., Humair, J. P., ... Elger, B. (2012). Implementation and impact of anti-smoking interventions in three prisons in the absence of appropriate legislation. *Prev Med*, *55*(5), 475–481. doi:10.1016/j.ypmed.2012.08.010
- [216] Ritter, C., Elger, B., Kunz, M. & Etter, J.-F. (2012). *Less Smoking and More Health in Prisons. Swiss Tobacco Control Fund grant Nr 08.002295. Final Report*. Basel, Switzerland. Retrieved from https://www.tpf.admin.ch/tpf/de/home/tpf-projektdatenbank/projektdatenbank.exturl.html/aHR0cDovL3d-3dy5iYWctYW53LmFkbWluLmNoLzlwMTZfdGFnbG/FiLzlwMTZfdHBmL3BvcnRhbfF9kZS5waHA_bGFuZz1kZSZpZD03/NSZjcT0yMDA0OzlwMTc7MDs7Ozs7.html
- [217] Hammond, D., Thrasher, J., Reid, J. L., Driezen, P., Boudreau, C. & Santillan, E. A. (2012). Perceived effectiveness of pictorial health warnings among Mexican youth and adults: a population-level intervention with potential to reduce tobacco-related inequities. *Cancer Causes Control*, *23 Suppl 1*, 57–67. doi:10.1007/s10552-012-9902-4
- [218] Mead, E. L., Cohen, J. E., Kennedy, C. E., Gallo, J. & Latkin, C. A. (2015). The role of theory-driven graphic warning labels in motivation to quit: a qualitative study on perceptions from low-income, urban smokers. *BMC Public Health*, *15*, 92. doi:10.1186/s12889-015-1438-6
- [219] Amos, A., Brown, T. & Platt, S. (2013). *A systematic review of the effectiveness of policies and interventions to reduce socio-economic inequalities in smoking among adults*. Edinburgh: Centre for Population Health Science, University of Edinburgh.
- [220] UFSP (2017). *Legge sui prodotti del tabacco (prestampa non ufficiale dell'UFSP), 08.12.2017*. Berna: Ufficio federale della sanità pubblica. <https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/strategie-und-politik/politische-auftraege-und-aktionsplaene/politische-auftraege-zur-tabakpraevention/tabakpolitik-schweiz/entwurf-tabakproduktegesetz.html>

- [221] Niederdeppe, J., Kuang, X., Crock, B. & Skelton, A. (2008). Media campaigns to promote smoking cessation among socioeconomically disadvantaged populations: what do we know, what do we need to learn, and what should we do now? *Social Science & Medicine*, 67(9), 1343–1355. doi:10.1016/j.socsci-med.2008.06.037
- [222] Hill, S., Amos, A., Clifford, D. & Platt, S. (2014). Impact of tobacco control interventions on socioeconomic inequalities in smoking: review of the evidence. *Tob Control*, 23(e2), e89–97. doi:10.1136/tobacco-control-2013-051110
- [223] De Jong, C. A., Goodair, C., Crome, I., Jokubonis, D., El-Guebaly, N., Dom, G., ... Schoof, T. (2016). Substance Misuse Education for Physicians: Why Older People are Important. *Yale J Biol Med*, 89(1), 97–103.
- [224] Cornuz, J., Jacot Sadowski, I. & Humair, J.-P. (2015). *Ärztliche Rauchstoppperatung. Die Dokumentation für die Praxis. Projekt FREI VON TABAK, Nationales Rauchstopp-Programm*. Bern. Retrieved from <https://www.freivontabak.ch/index.php/de/das-projekt/unterlagen/manual>
- [225] Chamberlain, C., O'Mara-Eves, A., Porter, J., Coleman, T., Perlen, S. M., Thomas, J. & McKenzie, J. E. (2017). Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, Cd001055. doi:10.1002/14651858.CD001055.pub5
- [226] Chamberlain, C., O'Mara-Eves, A., Oliver, S., Caird, J. R., Perlen, S. M., Eades, S. J. & Thomas, J. (2013). Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10), Cd001055. doi:10.1002/14651858.CD001055.pub4
- [227] Herbec, A., Brown, J., Tombor, I., Michie, S. & West, R. (2014). Pilot randomized controlled trial of an internet-based smoking cessation intervention for pregnant smokers ('MumsQuit'). *Drug Alcohol Depend*, 140, 130–136. doi:10.1016/j.drugalcdep.2014.04.010
- [228] Brown, J., Michie, S., Geraghty, A. W., Yardley, L., Gardner, B., Shahab, L., ... West, R. (2014). Internet-based intervention for smoking cessation (StopAdvisor) in people with low and high socioeconomic status: a randomised controlled trial. *Lancet Respir Med*, 2(12), 997–1006. doi:10.1016/s2213-2600(14)70195-x
- [229] Rowa-Dewar, N., Lumsdaine, C. & Amos, A. (2015). Protecting children from smoke exposure in disadvantaged homes. *Nicotine & Tobacco Research*, 17(4), 496–501. doi:10.1093/ntr/ntu217
- [230] Streja, L., Crespi, C. M., Bastani, R., Wong, G. C., Jones, C. A., Bernert, J. T., ... Berman, B. A. (2014). Can a minimal intervention reduce secondhand smoke exposure among children with asthma from low income minority families? Results of a randomized trial. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 16(2), 256–264. doi:10.1007/s10903-012-9713-4
- [231] Rees, V. W., Keske, R. R., Blaine, K., Aronstein, D., Gandelman, E., Lora, V., ... Geller, A. C. (2014). Factors influencing adoption of and adherence to indoor smoking bans among health disparity communities. *American Journal of Public Health*, 104(10), 1928–1934. doi:10.2105/ajph.2013.301735
- [232] Gould, G. S., Lim, L. L. & Mattes, J. (2017). Prevention and Treatment of Smoking and Tobacco Use During Pregnancy in Selected Indigenous Communities in High-Income Countries of the United States, Canada, Australia, and New Zealand: An Evidence-Based Review. *Chest*, 152(4), 853–866. doi:10.1016/j.chest.2017.06.033
- [233] Coleman, T., Chamberlain, C., Davey, M., Cooper, S. E. & Leonardi-Bee, J. (2012). Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9).
- [234] Thomas, R. E., McLellan, J. & Perera, R. (2013). School-based programmes for preventing smoking. *Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review Journal*, 8(5), 1616–2040.
- [235] Hawkins, J. D., Kosterman, R., Catalano, R. F., Hill, K. G. & Abbott, R. D. (2005). Promoting positive adult functioning through social development intervention in childhood: long-term effects from the Seattle Social Development Project. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 159(1), 25–31. doi:10.1001/archpedi.159.1.25
- [236] Sussman, S. & Sun, P. (2009). Youth tobacco use cessation: 2008 update. *Tob Induc Dis*, 5, 3. doi:10.1186/1617-9625-5-3

- [237] Towns, S., DiFranza, J. R., Jayasuriya, G., Marshall, T. & Shah, S. (2017). Smoking Cessation in Adolescents: targeted approaches that work. *Paediatr Respir Rev*, 22, 11–22. doi:10.1016/j.prrv.2015.06.001
- [238] Bryant, J., Bonevski, B., Paul, C., McElduff, P. & Attia, J. (2011). A systematic review and meta-analysis of the effectiveness of behavioural smoking cessation interventions in selected disadvantaged groups. *Addiction*, 106(9), 1568–1585. doi:10.1111/j.1360-0443.2011.03467.x
- [239] Lifson, A. R. & Lando, H. A. (2012). Smoking and HIV: prevalence, health risks, and cessation strategies. *Curr HIV/AIDS Rep*, 9(3), 223–230. doi:10.1007/s11904-012-0121-0
- [240] Carson, K. V., Brinn, M. P., Peters, M., Veale, A., Esterman, A. J. & Smith, B. J. (2012). Interventions for smoking cessation in Indigenous populations. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, Cd009046. doi:10.1002/14651858.CD009046.pub2
- [241] Wilson, A., Guillaumier, A., George, J., Denham, A. & Bonevski, B. (2017). A systematic narrative review of the effectiveness of behavioural smoking cessation interventions in selected disadvantaged groups (2010–2017). *Expert Rev Respir Med*, 11(8), 617–630. doi:10.1080/17476348.2017.1340836
- [242] DiGiacomo, M., Davidson, P. M., Abbott, P. A., Davison, J., Moore, L. & Thompson, S. C. (2011). Smoking cessation in indigenous populations of Australia, New Zealand, Canada, and the United States: elements of effective interventions. *Int J Environ Res Public Health*, 8(2), 388–410. doi:10.3390/ijerph8020388
- [243] Guignard, R., Nguyen-Thanh, V., Delmer, O., Lenormand, M. C., Blanchoz, J. M. & Arwidson, P. (2018). Interventions pour l'arrêt du tabac chez les fumeurs de faible niveau socio-économique: synthèse de la littérature. *Santé Publique*, 30(1), 45–60. doi:10.3917/spub.181.0045
- [244] Hiscock, R., Murray, S., Brose, L. S., McEwen, A., Bee, J. L., Dobbie, F. & Bauld, L. (2013). Behavioural therapy for smoking cessation: the effectiveness of different intervention types for disadvantaged and affluent smokers. *Addictive Behaviors*, 38(11), 2787–2796. doi:10.1016/j.addbeh.2013.07.010
- [245] Twyman, L., Bonevski, B., Paul, C. & Bryant, J. (2014). Perceived barriers to smoking cessation in selected vulnerable groups: a systematic review of the qualitative and quantitative literature. *BMJ open*, 4(12), e006414. doi:10.1136/bmjopen-2014-006414
- [246] Smith, P. M., Spadoni, M. M. & Proper, V. M. (2014). Abuse and smoking cessation in clinical practice. *Journal of clinical nursing*, 23(3–4), 361–366. doi:10.1111/j.1365-2702.2012.04219.x
- [247] Carr, A. B. & Ebbert, J. (2012). Interventions for tobacco cessation in the dental setting. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (6), Cd005084. doi:10.1002/14651858.CD005084.pub3
- [248] Brose, L. S., McEwen, A., Michie, S., West, R., Chew, X. Y. & Lorencatto, F. (2015). Treatment manuals, training and successful provision of stop smoking behavioural support. *Behav Res Ther*, 71, 34–39. doi:10.1016/j.brat.2015.05.013
- [249] Hamilton, F. L., Laverty, A. A., Huckvale, K., Car, J., Majeed, A. & Millett, C. (2016). Financial Incentives and Inequalities in Smoking Cessation Interventions in Primary Care: Before-and-After Study. *Nicotine & Tobacco Research*, 18(3), 341–350. doi:10.1093/ntr/ntv107
- [250] Nagelhout, G. E., Hummel, K., Willemsen, M. C., Siahpush, M., Kunst, A. E., de Vries, H., ... van den Putte, B. (2014). Are there income differences in the impact of a national reimbursement policy for smoking cessation treatment and accompanying media attention? Findings from the International Tobacco Control (ITC) Netherlands Survey. *Drug Alcohol Depend*, 140, 183–190. doi:10.1016/j.drugalcdep.2014.04.012
- [251] Civiljak, M., Stead, L. F., Hartmann-Boyce, J., Sheikh, A. & Car, J. (2013). Internet-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (7), Cd007078. doi:10.1002/14651858.CD007078.pub4
- [252] Shahab, L., Brown, J., Gardner, B. & Smith, S. G. (2014). Seeking health information and support online: does it differ as a function of engagement in risky health behaviors? Evidence from the health information national trends survey. *Journal of Medical Internet Research*, 16(11), e253. doi:10.2196/jmir.3368

- [253] Whittaker, R., McRobbie, H., Bullen, C., Borland, R., Rodgers, A. & Gu, Y. (2012). Mobile phone-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11, Cd006611. doi:10.1002/14651858.CD006611.pub3
- [254] Stanczyk, N., Bolman, C., van Adrichem, M., Candell, M., Muris, J. & de Vries, H. (2014). Comparison of text and video computer-tailored interventions for smoking cessation: randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 16(3), e69. doi:10.2196/jmir.3016
- [255] Chen, Y. F., Madan, J., Welton, N., Yahaya, I., Aveyard, P., Bauld, L., ... Munafo, M. R. (2012). Effectiveness and cost-effectiveness of computer and other electronic aids for smoking cessation: a systematic review and network meta-analysis. *Health Technology Assessment*, 16(38), 1–205, iii–v. doi:10.3310/hta16380
- [256] Hiscock, R., Bauld, L., Amos, A., Fidler, J. A. & Munafo, M. (2012). Socioeconomic status and smoking: a review. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1248, 107–123. doi:10.1111/j.1749-6632.2011.06202.x
- [257] Stead, L. F., Hartmann-Boyce, J., Perera, R. & Lancaster, T. (2013). Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8), Cd002850. doi:10.1002/14651858.CD002850.pub3
- [258] Taylor, A. H., Thompson, T. P., Greaves, C. J., Taylor, R. S., Green, C., Warren, F. C., ... West, R. (2014). A pilot randomised trial to assess the methods and procedures for evaluating the clinical effectiveness and cost-effectiveness of Exercise Assisted Reduction then Stop (EARS) among disadvantaged smokers. *Health Technology Assessment*, 18(4), 1–324. doi:10.3310/hta18040
- [259] Hall, W., Gartner, C. & Forlini, C. (2015). Ethical issues raised by a ban on the sale of electronic nicotine devices. *Addiction*, 110(7), 1061–1067. doi:10.1111/add.12898
- [260] Tsoi, D. T., Porwal, M. & Webster, A. C. (2013). Interventions for smoking cessation and reduction in individuals with schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2), Cd007253. doi:10.1002/14651858.CD007253.pub3
- [261] Dunn, K. E., Saulsgiver, K. A. & Sigmon, S. C. (2011). Contingency management for behavior change: applications to promote brief smoking cessation among opioid-maintained patients. *Exp Clin Psychopharmacol*, 19(1), 20–30. doi:10.1037/a0022039
- [262] Mantzari, E., Vogt, F., Shemilt, I., Wei, Y., Higgins, J. P. & Marteau, T. M. (2015). Personal financial incentives for changing habitual health-related behaviors: A systematic review and meta-analysis. *Prev Med*, 75, 75–85. doi:10.1016/j.ypmed.2015.03.001
- [263] Chen, D. & Wu, L. T. (2015). Smoking cessation interventions for adults aged 50 or older: A systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend*, 154, 14–24. doi:10.1016/j.drugalcdep.2015.06.004
- [264] Schnoz, D., Salis Gross, C., Grubenmann, D. & Uchtenhagen, A. (2006). *Alter und Sucht. Recherche und Dokumentation zu evaluierten Interventionen. Im Auftrag der Zürcher Fachstelle zur Prävention des Alkohol- und Medikamenten-Missbrauchs (ZüFAM)*. Zürich: Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung.
- [265] Whitaker, C., Stevelink, S. & Fear, N. (2017). The Use of Facebook in Recruiting Participants for Health Research Purposes: A Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, 19(8), e290. doi:10.2196/jmir.7071
- [266] Bayly, M., Scollo, M. M. & Wakefield, M. A. (2018). Who uses rollies? Trends in product offerings, price and use of roll-your-own tobacco in Australia. *Tob Control*. doi:10.1136/tobaccocontrol-2018-054334
- [267] Rothwell, L., Britton, J. & Bogdanovica, I. (2015). The relation between cigarette price and hand-rolling tobacco consumption in the UK: an ecological study. *BMJ open*, 5(6), e007697. doi:10.1136/bmjopen-2015-007697
- [268] Thomas, R. E., McLellan, J. & Perera, R. (2015). Effectiveness of school-based smoking prevention curricula: systematic review and meta-analysis. *BMJ open*, 5(3), e006976. doi:10.1136/bmjopen-2014-006976
- [269] Pfister, A. (2014). Gender- und Diversity-Check suchtpräventiver Angebote. *Suchtmagazin* (5), 10–13. doi:http://doi.org/10.5281/zenodo.997227
- [270] Salis Gross, C., Soom Ammann, E. & El Fehri, V. (2012). Die Rolle sozialer Netzwerke beim Rauchstopp. *Suchtmagazin* (3&4), 26–29.

- [271] Baskerville, N. B., Dash, D., Shuh, A., Wong, K., Abramowicz, A., Yessis, J. & Kennedy, R. D. (2017). Tobacco use cessation interventions for lesbian, gay, bisexual, transgender and queer youth and young adults: A scoping review. *Prev Med Rep*, 6, 53–62. doi:10.1016/j.pmedr.2017.02.004
- [272] Berger, I. & Mooney-Somers, J. (2017). Smoking Cessation Programs for Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Intersex People: A Content-Based Systematic Review. *Nicotine & Tobacco Research*, 19(12), 1408–1417. doi:10.1093/ntr/ntw216
- [273] Ortiz, K. S., Duncan, D. T., Blossnich, J. R., Salloum, R. G. & Battle, J. (2015). Smoking Among Sexual Minorities: Are There Racial Differences? *Nicotine & Tobacco Research*, 17(11), 1362–1368. doi:10.1093/ntr/ntv001
- [274] Walls, N. E. & Wisneski, H. (2010). Evaluation of smoking cessation classes for the lesbian, gay, bisexual, and transgender community. *Journal of Social Service Research*, 37(1), 99–111.
- [275] Eliason, M. J., Dibble, S. L., Gordon, R. & Soliz, G. B. (2012). The last drag: an evaluation of an LGBT-specific smoking intervention. *J Homosex*, 59(6), 864–878. doi:10.1080/00918369.2012.694770
- [276] Dickson-Spillmann, M., Sullivan, R., Zahno, B. & Schaub, M. P. (2014). Queer quit: a pilot study of a smoking cessation programme tailored to gay men. *BMC Public Health*, 14, 126. doi:10.1186/1471-2458-14-126
- [277] Pfister, A. (2015). Vergessene queere Jugend. *Suchtmagazin* (2), 14–17. doi:https://doi.org/10.5281/zenodo.997229
- [278] Hatzenbuehler, M. L., Wieringa, N. F. & Keyes, K. M. (2011). Community-level determinants of tobacco use disparities in lesbian, gay, and bisexual youth: results from a population-based study. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 165(6), 527–532. doi:10.1001/archpediatrics.2011.64
- [279] Schaub, M. (2014). *Schlussbericht für Tabakpräventionsprojekte und -programme. Queer Quit Nachfolge-studie*. Bern: Tabakpräventionsfonds. Retrieved from <https://www.tpf.admin.ch/tpf/de/home/tpf-projekt-datenbank/projekt-datenbank.html>
- [280] Pfluger, T., Biedermann, A. & Salis Gross, C. (2009). *Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz – Grundlagen und Empfehlungen*. Herzogenbuchsee: Public Health Services.
- [281] Roder, U., Paz Castro, R. & Salis Gross, C. (2019). *Ansätze und Erfolgskriterien zur Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit mit benachteiligten Bevölkerungsgruppen*. Bern: Public Health Services.
- [282] Pospiech, S., Amler, M. & Kilian, H. (2017). *Kriterien für gute Praxis der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung*. Berlin: Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit.
- [283] Pega, F. (2013). *The effect of anti-poverty and in-work tax credits for families on self-rated health in parents in New Zealand. A cohort study of 6,900 participants of the Survey of Family, Income and Employment*. University of Otago, New Zealand.
- [284] Hurrelmann, K. & Richter, M. (2013). *Gesundheits- und Medizinsoziologie: Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung* (8th ed.). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- [285] Schori, D. (2014). *Social inequality in health and social differences in health behaviours in young Swiss adults*. Universität Bern.
- [286] König, M. & Galgano, L. (2013). *Diversität in der Suchtarbeit. Leitlinien zum Umgang mit der Vielfalt der KlientInnen. Allgemeiner Teil*. Bern: INFODROG.
- [287] Abel, T. & Frohlich, K. L. (2012). Capitals and capabilities: linking structure and agency to reduce health inequalities. *Social Science & Medicine*, 74, 236–44.
- [288] Marshall, D. (2010). Popular culture, the 'victim' trope and queer youth analytics. *International Journal of Qualitative Studies in Education*, 23(1), 65–85.
- [289] Bryan, A. & Mayock, P. (2017). Supporting LGBT Lives? Complicating the suicide consensus in LGBT mental health research. *Sexualities*, 20(1–2), 65–85.
- [290] Blaser, M. & Amstad, F. T. (2016). Grundlagen und Definitionen. In M. Blaser & F. T. Amstad (Eds.), *Psychische Gesundheit über die Lebensspanne. Grundlagenbericht* (pp. 15–20). Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.

- [291] Kickbusch, I. & Maag, D. (2008). Health Literacy. In K. Heggenhougen & S. Quah (Eds.), *International Encyclopedia of Public Health. Volume 3* (pp. 204–211). San Diego: Academic Press.
- [292] Sørensen, K., Van Den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G. & Pelikan, J. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80. doi:10.1186/1471-2458-12-80
- [293] Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267.

Promozione Salute Svizzera
Wankdorfallee 5
CH-3014 Berna
Tel. +41 31 350 04 04
office.bern@promotionsante.ch
www.promozionesalute.ch

Ufficio federale della sanità pubblica
Schwarzenburgstrasse 157
CH-3003 Berna
Tel. +41 58 464 20 74
healthequity@bag.admin.ch
www.miges.admin.ch

Conferenza delle direttrici e dei direttori
cantionali della sanità
Haus der Kantone, Speichergasse 6
Casella postale, CH-3001 Berna
Tel. +41 31 356 20 20
office@gdk-cds.ch, www.gdk-cds.ch