

## **Numero Monografico - Sistema Salute**

### **Global health e Povertà.**

#### **Partecipazione sociale, sostenibilità, educazione e promozione della salute.**

Giuseppina Cersosimo [gcersosi@unisa.it](mailto:gcersosi@unisa.it)

Deadline 30 giugno 2026

In un tempo e in uno spazio nei quali si celebrano i progressi della medicina e la longevità come traguardi della civiltà, continua a restare ai margini del dibattito pubblico una verità scomoda: la povertà. Essa è una delle minacce più gravi per la salute umana, le cure sanitarie un percorso di vita non continuamente a rischio per quanti vivono in situazione di marginalità a causa dell'indigenza (Da Cas et al. 2023). Aggressiva in modo spesso impreveduto, è sempre pronta a travolgere anzitutto i soggetti più deboli, bambini, anziani, donne.

Le sue cause sono molteplici e interdipendenti dalle abitazioni inadeguate all'esposizione all'inquinamento, da dieta squilibrata che costringe molti a un regime alimentare ridotto, di scarsa qualità e a basso costo, molto rischioso perché prodotti accessibili a poco prezzo, altamente processati e ricchi di conservanti sono in genere ad alto potere calorico, ma poveri di vitamine essenziali nutrienti. Quegli alimenti, spesso prodotto di metodi di conservazione "esasperati" e quindi dannosi, sono premessa, insieme alle povertà abitative, e a carenze relazionali e della persona e a una costante insicurezza economica di un necessario accesso limitato ai servizi sanitari in una vita continuamente in tensione. Tutti i fattori citati concorrono ad alterare l'equilibrio e il funzionamento del corpo come della mente in una frantumazione di ogni normalità familiare. Prima costante dell'esistenza diventa così la necessità, scandita da una pressione che esalta le questioni biologica, psicologica e sociale, nel loro incidere sulla qualità dell'esistenza più di molte malattie diagnostiche, riducendo l'aspettativa di vita, compromettendo la salute mentale, aggredendo sentimenti e emozioni, in un processo devastante che si trasmette di generazione in generazione.

La povertà è un determinante sociale di salute attivo nelle sue paradossali varianti che hanno al proprio centro il fallimento di ogni rapporto con un regime alimentare corretto e adeguato. D'altro canto, negazione dell'abbondanza moderna è il morire di fame o di obesità, entrambi destino apparentemente assurdo di una realtà nella quale in una logica di indifferenza, a livello globale la produzione di cibo è sufficiente per sfamare l'intera popolazione mondiale mentre oltre 730 milioni di persone soffrono la fame, e più di 2 miliardi sono in sovrappeso o obesi (FAO et al., 2023; Masocco et. Al 2023).

Pertanto, le disuguaglianze nell'accesso al cibo sono evidenti: se da una parte c'è chi è in sovrappeso o obeso, dall'altra c'è chi non può permettersi pasti adeguati (Prentice, 2023). Inoltre, l'insicurezza alimentare, spesso correlata a condizioni socioeconomiche precarie, ha una maggiore incidenza tra i disoccupati, le persone con basso livello di istruzione e le famiglie numerose o particolarmente instabili (ISTAT, 2024). Carenze economiche e ignoranza dei principi positivi del regime alimentare procedono spesso di pari passo. L'impossibilità di accedere a un'alimentazione equilibrata contribuisce così alla malnutrizione, sia in termini di carenza che di eccesso calorico, generando malattie come l'obesità e il diabete, legate entrambe, in linea di massima, al consumo di cibi economici, ma poco nutrienti come anche a patologie da carenze nutrizionali, che aumentano il rischio di malattie croniche (Prentice, 2023). Questa reale assenza di prevenzione determina un

maggior carico di lavoro per i sistemi sanitari e sociali, influenzando negativamente il benessere generale, il carattere delle aree nelle quali si manifesta, la produttività del Paese.

Infatti, nei paesi ad alto reddito, le disuguaglianze socio-economiche-culturali si traducono in disuguaglianze biologiche e hanno implicazioni nell'aspettativa di vita come nella qualità della vita vissuta (Istat, 2019).

La povertà si traduce in genere nella presenza costante di fattori di rischio apparentemente invisibili a livello ambientale: quartieri violenti, assenza di spazi verdi, di infrastrutture, di socializzazioni adeguate, di Junk food, di clima insalubre nelle abitazioni, di inquinamento atmosferico e dei territori, di scarse relazioni sociali. Questo contribuisce, nel suo complesso e in maniera imprevedibile, a malattie cardiovascolari, obesità, diabete, solitudine e depressione, fino a una riduzione della risposta immunitaria. Compaiono così quelle oggi definite malattie da esposizione, espresse dal concetto di *esposoma*, articolazione di come l'insorgenza di molte patologie sia l'esito di una interazione complessa e continua tra fattori ambientali, genetici, comportamentali e sociali, accumulatisi nel corso della vita (Barouki et al., 2022)

In tutto ciò non va dimenticato, come già accennato, che alcune fasce della popolazione come anziani, bambini, donne, giovani e migranti (Garcini, et al. 2022), sono i primi a essere colpiti dalle malattie e dal malessere della povertà e precarietà esistenziali.

I bambini in Italia sono i più colpiti: 1,3 milioni di bambini e bambine vivono in povertà assoluta (Istat, 2023). La "povertà educativa" non si ferma all'assenza e al non apprendimento di conoscenze e skills a scuola ma si trasforma in precarietà occupazionale, in nuove forme di disagio, in morti bianche, infortuni sul lavoro ecc. (Benini, 2020) e di mancanza e precarietà di salute nell'età adulta, fino a diventare solitudine, ferita invisibile, rischio per il proprio benessere e equilibrio. Le vite violente hanno in tutto questo le loro radici facilmente dimenticate.

Anche i giovani che crescono in contesti poveri rischiano da due a tre volte in più di sviluppare disturbi come ansia, depressione, isolamento, nuove forme di solitudine e disturbi da stress post-traumatico, ma anche insofferenza, rancore, aggressività. Sono sentimenti e disturbi che nel corso della vita possono impedire di lavorare o studiare, o spingere a 'rivincite' tutte premessa di una spirale negativa, discendente, facilmente oggetto di stereotipizzazioni e ulteriori isolamenti.

In questi scenari diviene ancora più evidente e contraddittoria la crisi, di risorse e capacità e possibilità adeguate di intervento del Servizio Sanitario Nazionale, le cui assenze di diagnosi, assistenza adeguata, riconoscimento dei soggetti producono nelle persone sfiducia, fino alla rinuncia a curarsi o a reazioni ai danni del personale sanitario. Secondo il report di Secondo Welfare 2025 è in aumento la povertà sanitaria, che ha interessato già dal 2023 circa 5 milioni di italiani, i quali hanno rinunciato a prestazioni sanitarie per motivi economici. Qui la popolazione più colpita è costituita dagli anziani poiché sono circa 3 milioni quelli che, nello stesso 2023, hanno rinunciato a curarsi (ISS, 2023).

Si comprende allora che il paradosso nel quale viviamo offre da un lato un crescente progresso tecnologico medico scientifico e un aumento della longevità, e dall'altro il ritorno di alcune patologie da povertà ritenute ormai rimosse. Le scoperte scientifiche e l'immediatezza della soluzione medica sembrano molto lontane dalla vita e dal malessere di tanti. Per questo, come ha scritto Michael Marmot (2016; 2018) "Se il problema è causato dalla società, allora anche la soluzione deve venire dalla società." E anche per questo occorre un intervento mirato nella promozione e nella educazione alla salute in tutte le istituzioni e i territori, sviluppando il vecchio paradigma la *salute in tutte le politiche* a favore di una educazione alla salute e agli stili di vita in tutte le istituzioni organizzate della vita quotidiana (dalla scuola dell'infanzia ai luoghi di lavoro; dalle scuole alle aziende; dalle amministrazioni pubbliche alle aziende private -dove, peraltro, si parla di welfare aziendale). Si tratta di superare una logica, evidentemente fallimentare, che rimanda il tema salute a una fase di benessere

economico, in una logica dei due tempi che può solo penalizzare ulteriormente chi acuisce la sofferenza personale con l'assenza di adeguate regole sanitarie.

Se la povertà genera malattia, se è una malattia, la diagnosi, la cura e la terapia devono essere sociali, non solo clinico-medico-farmacologiche. La soluzione del paradosso povertà salute globale deve perciò prevedere la promozione di stili di vita salutari e l'educazione alla salute; deve coinvolgere tutti i decisori politici nel promuovere la salute globale e la salute in tutte le istituzioni. Serve un nuovo paradigma, nel quale prevenzione significhi investire in politiche abitative e educative, nutrizione, sostegno socio-relazionale, occupazione e accesso ai servizi.

Questo numero di Sistema Salute intende riflettere su come scarsa conoscenza e insufficienza educativa, comportamenti e stili di vita inadeguati, precarietà lavorativa, diminuzione di relazioni sociali e aumento di forme di isolamento e solitudine, cattiva nutrizione o eccessiva alimentazione riducano anni di vita e incrementino costi e spese per il SSN e per i sistemi di Welfare.

Pertanto, invitiamo tutti coloro che desiderano contribuire con riflessioni teoriche ed empiriche a mostrare come, evitando la gestione immediata delle emergenze e investendo invece a medio e lungo termine, sia possibile promuovere e educare alla salute in tutte le istituzioni, considerandola uno strumento reversibile di razionalizzazione dei costi sociali e sanitari e di promozione di forme innovative e moderne di welfare, premessa per anni di vita in buona salute e per il contrasto alle condizioni di povertà che continuano a far risorgere antiche patologie, apparentemente superate da tempo.

## **Bibliografia**

Barouki R., Audouze K., Becker C., Blaha L., Coumoul X., Karakitsios S., Klanova J., Miller G.W., Price E.J., Sarigiannis D. (2022). The Exposome and Toxicology: A Win-Win Collaboration. *Toxicological Sciences*, 186: 1-11.

Benini R. (2020) L'evoluzione del disagio lavorativo in Italia: l'impatto degli interventi di welfare e di inclusione attiva ed i rischi per la condizione di salute dei cittadini e dei lavoratori in *Salute e società* : XIX, 1, 2020 pp. 7-22

Da Cas R, Morciano C. Persone in condizione di grave marginalità sociosanitaria: stato di salute, esperienze di assistenza e approcci di cura. In: Da Cas R, Morciano C (Ed). *La salute delle popolazioni in condizione di grave marginalità sociosanitaria*. *Boll Epidemiol Naz* 2023;4(4):1-5. DOI: [https://doi.org/10.53225/BEN\\_075](https://doi.org/10.53225/BEN_075)

FAO, IFAD, UNICEF, WFP, WHO (2023). *The State of Food Security and Nutrition in the World 2022*. FAO.

Garcini, L. M., Nguyen, K., Lucas-Marinelli, A., Moreno, O., & Cruz, P. L. (2022). "No one left behind": A social determinant of health lens to the wellbeing of undocumented immigrants. *Current Opinion in Psychology*, 47, 101455.[PubMed] DOI: 10.1016/j.copsyc.2022.101455

ISTAT (2019). *I tempi della vita quotidiana: Lavoro, conciliazione, parità di genere e benessere soggettivo*. ISTAT.

ISTAT. (2023). *Benessere equo e sostenibile (BES) - Rapporto*. Roma: ISTAT; <https://www.istat.it/produzione-editoriale/rapporto-bes-2023-il-benessere-equo-e-sostenibile-in-italia/>

Istituto Nazionale di Statistica. *Le statistiche dell'Istat sulla povertà, anno 2022*. 25 ottobre 2023. [www.istat.it/...](http://www.istat.it/...); ultimo accesso 17/6/2024.

ISTAT (2024). *Rapporto SDGs 2024: Informazioni statistiche per l'Agenda 2030 in Italia*, a cura di P. Ungaro. [www.istat.it/storage/rapporti-tematici/sdgs/2024/Rapporto-SDGs2024-Ebook.pdf](http://www.istat.it/storage/rapporti-tematici/sdgs/2024/Rapporto-SDGs2024-Ebook.pdf).

ISTAT (2025). Condizioni di vita e reddito delle famiglie – Anni 2023-2024. ISTAT. [www.istat.it/wp-content/uploads/2025/03/REPORT-REDDITO-CONDIZIONI DI-VITA\\_Anno-2024.pdf](http://www.istat.it/wp-content/uploads/2025/03/REPORT-REDDITO-CONDIZIONI-DI-VITA_Anno-2024.pdf).

Istituto Superiore di Sanità, “In Italia 3 milioni di anziani rinunciano alle cure” <https://www.iss.it/-/in-italia-3-milioni-di-anziani-rinunciano-alle-cure-2023>, (ultima consultazione 2 gennaio 2026)

Marmot M. Inclusion health: addressing the causes of the causes. *Lancet* 2018;391(10117):186-8. doi: [10.1016/S0140-6736\(17\)32848-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32848-9)

Marmot M. *La salute diseguale. La sfida di un mondo ingiusto*. Giampaoli S, Traversa G (Ed.). Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 2016.

Masocco M., Minardi V., Contoli B., Minelli G., Manno V., Cobellis L., Greco D. (2023). Sovrappeso e obesità nella popolazione adulta in Italia: trend temporali, differenze socio-anagrafiche e regionali con focus sulla Regione Campania. *Bollettino Epidemiologico Nazionale*, 4(1): 1-8.

Prentice A.M. (2023). *The Triple Burden of Malnutrition in the Era of Globalization*. Nestle Nutrition Institute workshop series, 97: 51-61.

# SISTEMA SALUTE

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

### COME PARTECIPARE - INVIO DELLA PROPOSTA DI PUBBLICAZIONE

Gli Autori che intendono proporre un contributo per la pubblicazione devono inviare il manoscritto - redatto secondo le Norme Redazionali (Per gli Autori) - al seguente indirizzo:

[gcersosi@unisa.it](mailto:gcersosi@unisa.it)

Con l'invio del contributo proposto per la pubblicazione, l'Autore/gli Autori attesta/no di aver letto i documenti seguenti e di aderire a quanto in essi riportato:

ETICA DELLA PUBBLICAZIONE: <https://www.edizioniculturasalute.com/etica-della-pubblicazione/>

PER GLI AUTORI: [Per gli autori – Edizioni Cultura Salute | Editore Perugia](#)

Gli Autori sono pienamente responsabili dei loro scritti.

### PREPARAZIONE DEL MANOSCRITTO

La **prima pagina** del manoscritto deve contenere: il titolo (inglese e italiano); 3/5 parole chiave (inglese e italiano); riassunto (inglese e italiano); nome e cognome dell'autore di riferimento, la rispettiva affiliazione, l'indirizzo email.

Il **Riassunto/Summary**, non più di 200 parole, deve essere organizzato come segue: obiettivi, metodi, risultati, discussione, conclusioni

Il **Corpo del testo degli articoli**, in formato word, non deve superare i 40.000 caratteri (spazi inclusi). La Pagina finale deve contenere il Nome ed il Cognome per esteso degli autori e l'affiliazione di ciascuno

**Tabelle, figure e grafici** (al massimo sei unità) devono essere inviati come file separati in formato pdf, numerati progressivamente nell'ordine in cui sono citati, completati dalla didascalia. Devono essere prodotti esclusivamente in scala dei grigi. Tabelle e dati provenienti da documenti già pubblicati devono essere accompagnate dall'autorizzazione scritta dell'autore.



Cultura e Salute  
Editore Perugia

# SISTEMA SALUTE

La Rivista italiana di educazione sanitaria  
e promozione della salute

La **Bibliografia** deve essere redatta secondo il Vancouver Style.

## CONFLITTO D'INTERESSE

Alla fine del testo, sotto il titolo “**Conflitti d’interesse dichiarati**” gli autori dovranno indicare eventuali rapporti finanziari e personali con altre persone o organizzazioni che potrebbero influenzare impropriamente il loro lavoro. Esempi di potenziali conflitti d’interesse: lavoro, consulenze, partecipazione azionaria, onorari, testimonianze di esperti pagati, domande di brevetto/registrazione, sovvenzioni o altri finanziamenti.



Cultura e Salute  
Editore Perugia