DOI: 10.48291/SISA.70.3.1 Sistema Salute, 70, 3 2026: pp. 488-499

Introduzione

Il paradosso della Global Health: le povertà

The paradox of global health: forms of poverty

Giuseppina Cersosimo

La Global Health è un approccio che mira a promuovere il benessere e raggiungere eguaglianza e equità sanitaria per tutti gli individui nel mondo, andando oltre i confini dei singoli Stati, affrontando le sfide sanitarie in modo multidisciplinare e considerando l'interdipendenza tra salute umana, animale ed ecosistemi (approccio One Health) la finalità è quella di ridurre disuguaglianze e inequità di salute. Tuttavia, uno dei temi ancora oggi irrisolti e di difficile comprensione è proprio quello della disuguaglianza e dell'iniquità sanitaria, costrutti fondamentali nel discorso sulla salute globale, che seguono la distribuzione diseguale degli esiti e dell'accesso ai servizi sanitari tra e all'interno dei paesi. Lo status socioeconomico, che comprende fattori quali la povertà e i divari di reddito, è un determinante fondamentale della disuguaglianza sanitaria globale. Le iniquità in termini di potere, denaro e risorse determinano disparità nelle condizioni in cui le persone nascono, vivono, lavorano e invecchiano. La disuguaglianza sanitaria si riferisce alle differenze osservabili nello stato di salute o nell'allocazione delle risorse sanitarie tra gruppi diversi di popolazione, spesso misurate tramite indicatori quali l'aspettativa di vita, il carico di malattia e l'utilizzo dei servizi (1). Queste disparità riflettono spesso una stratificazione sociale basata su reddito, istruzione, genere, etnia, geografia e altri fattori demografici e costituiscono un determinante sociale di salute pervasivo che contribuisce in modo significativo alla disuguaglianza sanitaria globale. La discriminazione basata su genere, razza, etnia e altre condizioni di minoranza può portare a svantaggi sistemici nell'accesso alle risorse, tra cui l'assistenza sanitaria, l'istruzione e l'occupazione, influenzando in ultima analisi gli esiti sanitari. Queste disuguaglianze sanitarie mostrano che i sistemi di emarginazione, quali il razzismo e il sessismo, sono al centro delle disuguaglianze sanitarie sia razziali che non razziali, operando a livello macro, meso e micro. Sebbene le disuguaglianze sanitarie descrivano differenze misurabili, sono definite dalla loro dimensione

Autore per corrispondenza: gcersosi@unisa.it

morale, che indica disparità evitabili, ingiuste e inutili. Le disuguaglianze sanitarie derivano tipicamente da svantaggi sociali sistematici, discriminazione ed esclusione che colpiscono in modo sproporzionato le popolazioni emarginate e contribuiscono a svantaggi cumulativi per la salute. La loro storicità, la loro costruzione sociale le rende potenzialmente superabili attraverso cambiamenti politici, partecipazione e nuove equità sociali, interventi strutturati tesi nel contempo a modificare le priorità welfaristiche e ad educare e promuovere sostenibilità e salute. Se questo esprime il concetto di disuguaglianza, il concetto di equità sanitaria è inserito nel più ampio quadro dei diritti umani e richiede l'eliminazione delle differenze ingiuste ed evitabili in termini di salute e di accesso alle cure, nonché un finanziamento e una distribuzione equi delle risorse sanitarie.

Pertanto, i termini "disuguaglianza sanitaria" e "inequità sanitaria" che spesso vengono usati in modo intercambiabile, rappresentano due concetti distinti per comprendere le disparità globali in termini di salute. La disuguaglianza sanitaria si riferisce alle differenze misurabili negli esiti di salute o nella distribuzione delle risorse tra le popolazioni, che possono derivare da variazioni naturali, da scelte personali o da circostanze inevitabili, come i fattori genetici o i cambiamenti legati all'età. Al contrario, l'iniquità sanitaria indica differenze ingiuste, evitabili e sistematiche, radicate in ingiustizie sociali, discriminazioni e barriere strutturali che impediscono un accesso equo alle risorse e alle opportunità che determinano la salute (2). Whitehead indicava che le differenze di salute diventano inique quando: (1) sono sistematicamente associate allo svantaggio sociale; (2) possono essere modificate tramite interventi politici ragionevoli; (3) derivano da una distribuzione ingiusta dei determinanti sociali della salute; (4) violano i principi di dignità e diritti umani (3). Pertanto, la persistenza delle disuguaglianze sanitarie è una preoccupazione a livello della salute globale. Inoltre, anche il carico globale di malattie trasmissibili e non trasmissibili e di lesioni da violenza rimane distribuito in modo iniquo, riflettendo disuguaglianze sistemiche radicate (4). I determinanti strutturali, come la globalizzazione e le politiche economiche neoliberiste, hanno contribuito ad acuire queste disparità, influenzando la distribuzione del potere, delle risorse e delle opportunità in modo da rafforzare gli svantaggi. Affrontare le disuguaglianze e le iniquità nella salute globale è urgente e etico. Gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (SDGs) delle Nazioni Unite dal 2015 sottolineano l'importanza dell'equità come principio trasversale, in particolare nell'obiettivo di garantire una vita sana e promuovere il benessere per tutti e a ogni età (5). Il mancato raggiungimento di questi obiettivi non solo perpetua l'ingiustizia e la sofferenza

umana, ma ostacola anche gli sforzi globali verso uno sviluppo sostenibile e inclusivo. Pertanto, è essenziale un cambiamento di paradigma che ponga l'accento sulla giustizia sociale, sulla redistribuzione equa di potere e risorse e su una governance sanitaria inclusiva, al fine di raggiungere l'equità sanitaria per tutte le popolazioni (6).

Il paradosso povertà e Global Health

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 (7). Aggressiva in modo spesso imprevisto, 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 diagnosticate, riducendo l'aspettativa di vita, compromettendo la salute mentale, aggredendo sentimenti ed 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 obese (8, 9).

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 (10). 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 (11). 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 (10). Questa reale assenza di prevenzione determina un maggiore 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 (12).

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, maggiore esposizione a Junk food e ad ambienti alimentari obesogenici, clima insalubre nelle abitazioni, inquinamento atmosferico e dei territori, 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, accumulantisi nel corso della vita (13). In tutto ciò non va dimenticato, come già accennato, che alcune fasce della popolazione come anziani, bambini, donne, giovani e migranti (14), 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 (15). 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 (16) 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 (17).

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 (18, 19) "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. È necessario un nuovo paradigma in cui la prevenzione significhi investire in politiche abitative e educative, in nutrizione, in sostegno socio-relazionale, in occupazione e in accesso ai servizi, nonché in prevenzione e contrasto a ogni forma di povertà che genera aggressione e violenza. Inoltre, è necessario comprendere e prepararsi ai fenomeni di nomadismo ambientale indotti dai cambiamenti climatici che colpiscono uomini, donne e bambini, e considerare che lungo queste migrazioni stanno inevitabilmente aumentando nuove forme di povertà con conseguenti implosioni nei costi per la salute. Non si può inoltre trascurare il fatto che, in questi cambiamenti, anche la violenza di genere, la povertà e la salute globale sono questioni profondamente interconnesse che intrappolano donne e ragazze in circoli viziosi caratterizzati da sofferenze, risorse limitate e cattive condizioni di salute. A livello globale, la violenza da parte del partner colpisce circa una donna su tre, peggiorando le disuguaglianze sanitarie e causando perdite economiche per trilioni di dollari ogni anno. Le linee guida globali indicano che le misure di tutela relative alle questioni di genere e di equità, come la violenza di genere, dovrebbero essere integrate in tutti i settori. Una strategia innovativa che può essere presa in considerazione per illustrare gli impatti trasversali della violenza di genere (GBV) consiste nell'analizzarla in un'ottica sindemica (20).

Come si può notare, la povertà è un elemento paradossale che non risolve il problema e non favorisce la partecipazione e la consapevolezza dei cittadini sui temi dell'educazione alla salute e alla promozione di comportamenti consapevoli che, dal cibo alle relazioni, possono garantire un equilibrio volto al benessere e all'equità sanitaria per tutti, considerando l'interdipendenza tra salute umana, animale ed ecosistemi (approccio One Health) come un sapere da condividere e socializzare tra le persone in ogni parte del mondo per uscire da paradossi e fattori che, nell'ignoranza, contribuiscono ad aumentare le patologie da povertà e a sviluppare nuove determinanti di salute definiti come determinati commerciali di salute (21, 22).

La sfida della Global Health: recuperare e riorganizzare quarant'anni di promozione ed educazione alla salute

La promozione della salute, insieme alla valutazione dello stato di salute della popolazione, alla sorveglianza sanitaria, alla prevenzione delle malattie e degli infortuni e alla tutela della salute, rappresenta una funzione centrale della sanità pubblica e della salute globale. La promozione della salute e la prevenzione di malattie e infortuni

possono ridursi intervenendo sui fattori di rischio individuali relativi a specifici esiti sanitari, come per esempio alimentazione scorretta, inattività fisica, eccessiva esposizione al sole, o affrontando le condizioni di rischio sociale sottostanti, come ad esempio povertà e disuguaglianze legate a fattori socioeconomici (23). La salute, insieme all'istruzione, è considerata uno degli obiettivi fondamentali dello sviluppo. Infatti, la salute è sempre più considerata una dimensione della povertà a sé stante. Non a caso 4 dei 7 Obiettivi di Sviluppo del Millennio riguardano il ruolo che la promozione della salute può svolgere nella lotta alla povertà, questo si basa su tre componenti essenziali:

- definizione e attuazione di interventi prioritari e servizi sanitari che tengano conto delle principali cause di morbilità e mortalità tra le popolazioni povere;
- rafforzare e estendere i sistemi sanitari per garantire una migliore gestione delle comunità povere, aumentando il bilancio dei ministeri della salute e utilizzando le loro risorse in modo più efficace;
- rafforzare la collaborazione intersettoriale a beneficio dei poveri per avere un impatto positivo sui determinanti sociali di salute: istruzione, occupazione, alimentazione e partecipazione al processo decisionale. Gli interventi prioritari per la riduzione della povertà devono basarsi su principi fondamentali quali l'equità, l'etica, la pertinenza degli interventi sanitari rispetto ai bisogni delle persone in condizioni di povertà, l'accessibilità, la qualità, l'efficienza, la sostenibilità, la partecipazione delle comunità interessate e la considerazione delle specificità di genere.

In questa direzione gli interventi che si possono intraprendere sono azioni volte a migliorare la salute, come l'intensificazione della lotta contro le pratiche dannose per la salute, la mortalità materna e infantile, il consumo di tabacco, la malnutrizione, le pratiche quotidiane di violenza, le malattie sessualmente trasmissibili, l'HIV/AIDS, nonché la promozione della vaccinazione, dell'istruzione, della salute ambientale e dell'approvvigionamento di acqua potabile. Nel campo della promozione della salute, un'affermazione comune che viene incessantemente ribadita è la mancanza di risorse. La questione delle risorse è ulteriormente evidenziata nella pratica della promozione della salute nel mondo economicamente sviluppato da quella attuata nei paesi poveri. Tuttavia, ciò potrebbe non rappresentare accuratamente la situazione. È indubbio che le risorse non siano solo di natura finanziaria, si pensi, ad esempio, ai tassi di alfabetizzazione. L'istruzione e l'alfabetizzazione sanitaria sono fattori critici che influenzano la capacità di un individuo di orientarsi nel sistema sanitario, così come adottare comportamenti salutari e comprendere le informazioni sanitarie (24). Un'alfabetiz-

zazione sanitaria limitata, in particolare tra le popolazioni vulnerabili, come i poveri, i migranti, può contribuire alle disuguaglianze nella salute e nell'assistenza sanitaria, portando a una comunicazione meno efficace con gli operatori sanitari e a una riduzione dei benefici derivanti dagli interventi sanitari (25).

Inoltre, le comunità di tutto il mondo dispongono di tipi molti diversi di risorse con cui sostenere e realizzare interventi. Ciononostante, per quanto riguarda gli interventi di promozione della salute, le risorse finanziarie sembrano ancora oggi essere l'elemento più importante per garantirne la sostenibilità e la diffusione. Spesso, però, nei paesi economicamente meno sviluppati vengono realizzati interventi importanti ed efficaci che, tuttavia, non ricevono l'attenzione che meritano a causa della mancanza delle risorse finanziarie necessarie per la valutazione, la pubblicazione e la diffusione in termini di risultati scientifici. L'ipotesi che nei paesi in via di sviluppo vengano realizzati interventi efficaci, degni di nota e di vitale importanza, è ormai una convinzione ampiamente condivisa nel campo della promozione della salute (26).

Molti fattori contribuiscono a creare e perpetuare le disuguaglianze sociali in materia di salute. Tuttavia, possiamo affermare, come abbiamo già visto in precedenza, con certezza che sono le circostanze sociali a influenzare la salute e non il contrario. Se è vero che in molti casi gravi problemi di salute possono causare la perdita di reddito e di lavoro, nonché difficoltà nel portare a termine il percorso formativo, è altrettanto vero che lo status sociale ha un impatto maggiore sulla salute rispetto a quanto la salute influisca sullo status sociale. La Carta di Ottawa già dal 1986 ha formalmente riconosciuto che i servizi sanitari dovrebbero integrare i concetti di promozione della salute, quali lo sviluppo comunitario, l'empowerment e la tutela dei diritti, e ha esortato il settore sanitario a muoversi in questa direzione. La Carta si concentra sulla gestione e sul miglioramento della salute a livello individuale, comunitario, nazionale e globale (27). L'argomentazione, ormai comune, a favore del ruolo della promozione della salute nella riduzione della povertà ha chiaramente fondamenti teorici riferiti alla necessità di agire «a monte» per affrontare le «cause delle cause» (18).

La Carta afferma che «il settore sanitario deve orientarsi sempre più verso la promozione della salute, al di là della sua responsabilità di fornire servizi clinici e curativi». La Carta di Ottawa, nel fornire una logica e un ordine alla promozione della salute, discute approcci normativi e presenta divergenze in termini di azioni che, pur riducendo i rischi, non sono sempre percorribili e attuabili dai governi. A titolo esemplificativo, si possono considerare alcune ambivalenze nell'implementare o meno delle azioni di educazione e promozione di stili di vita salutari, in alcune antinomie e

paradossi logici riportati di seguito.

- Inconciliabilità di intenti: un'azienda produttrice di bevande analcoliche o gassate offre i propri prodotti in formato ridotto, vendendoli in bottiglie piccole a un prezzo accessibile alle famiglie più povere, e ricorre a strategie di microfinanza per garantire un meccanismo di distribuzione che raggiunga anche le zone più povere e remote delle baraccopoli. Si tratta di un'iniziativa a favore dei poveri che offre loro una via d'uscita dalla povertà e favorisce la nascita di piccole imprese? Oppure si tratta di un cinico espediente di marketing, progettato per massimizzare le vendite e dirottare i redditi delle famiglie povere verso l'acquisto di nutrienti "non nutrienti ma nocivi"? Siamo di fronte a quei determinati commerciali di salute che implicano una serie di problemi per alcune minoranze della popolazione che non hanno ricevuto istruzione o non sono alfabetizzati.
- Interventi strutturali non senza conseguenze: far uscire le persone dalla povertà ha un costo dal punto di vista energetico. Se i paesi più poveri si sviluppassero adottando tecnologie dannose per l'ambiente, l'impatto cumulativo dei massicci programmi di riduzione della povertà potrebbe contribuire a un riscaldamento globale insostenibile. È stato recentemente documentato, per esempio, che i biocarburanti, che presumibilmente hanno un effetto neutro sull'ambiente e favoriscono il reddito dei paesi più poveri che esportano le materie prime (come l'olio di palma), causano un diffuso degrado ambientale. Questo perché, per aumentare la produzione di olio di palma, si ricorre a tecniche agricole che prevedono il taglio e l'incendio delle piante e la distruzione delle torbiere, con la conseguente perdita della capacità di ridurre le emissioni di anidride carbonica (27).
- Responsabilità o cambiamento: In che modo i responsabili politici possono conciliare gli sforzi per migliorare la salute della popolazione in generale, ad esempio migliorando lo stato nutrizionale a livello mondiale? I miglioramenti generali, ovvero un approccio alla prevenzione basato sulla popolazione, potrebbero richiedere un equilibrio con approcci ad alto rischio, come la prevenzione mirata e intensiva per le classi più povere. Ma come è possibile sviluppare un quadro di riferimento per gli investimenti in queste attività, mantenendo equità e giustizia sociale?
- Scelte difficili: in una comunità si registra un'incidenza significativa di malattie respiratorie croniche, per la maggior parte dovuta al fumo di tabacco, concentrato nelle zone più ricche del Paese a reddito medio, e in misura minore all'inquinamento dell'aria interna, concentrato nei segmenti più poveri della popolazione.

È evidente che si tratta di due problematiche che devono essere affrontate, ma le risorse a disposizione sono limitate e i funzionari della sanità pubblica devono ricevere indicazioni su come investire: a. nella lotta al tabagismo? o nella promozione di combustibili più sicuri? La prima soluzione è tipica di un approccio tradizionale alla sanità pubblica, mentre l'altra è una strategia basata principalmente sull'equità.

L'obiettivo principale del futuro lavoro nel campo della salute globale non è migliorare ulteriormente la salute di chi gode già di buona salute, ma portare il resto della popolazione allo stesso livello — un «livellamento verso l'alto». In conclusione, si può affermare che la promozione della salute richiede la partecipazione e la consapevolezza di tutti i cittadini di poter disporre di un «kit di sopravvivenza» intrinseco, in quanto non si occupa solo della prevenzione delle malattie, ma anche del cambiamento o della promozione delle condizioni che favoriscono la salute (19). La promozione della salute mira a favorire condizioni che sostengano il miglioramento della salute e, per questo motivo, sia i paesi sviluppati che quelli in via di sviluppo devono cooperare per garantire che questa disciplina si consolidi. I migliori risultati sanitari si ottengono attraverso sistemi sanitari ben funzionanti, caratterizzati da una buona governance, da un finanziamento adeguato ed equo, da una distribuzione ottimale delle risorse, da servizi accessibili e da programmi sanitari prioritari che mirino ai problemi principali responsabili del carico di malattie, nonché da componenti promozionali che affrontino i determinanti sociali e commerciali della salute. Questo numero monografico di Sistema Salute intende riflettere su come la scarsa conoscenza, l'insufficienza educativa, i comportamenti e gli stili di vita inadeguati, la precarietà lavorativa, la diminuzione delle relazioni sociali e l'aumento delle forme di isolamento e solitudine, la cattiva nutrizione o l'alimentazione eccessiva riducano gli anni di vita e incrementino i costi e le spese per il SSN e per i sistemi di welfare. Occorre allora ricorrere alla riscoperta e valorizzazione dei ruoli della partecipazione sociale, della sostenibilità, dell'educazione e promozione della salute per ottenere quello che è il principio della Global health.

Bibliografia

1. Yu J. , Meng S., Impacts of the Internet on Health Inequality and Healthcare Access: A Cross-Country Study (Front Public Health, 2022).
2. Cersosimo G. Salute e disuguaglianze. Percorsi analitici. Sociologia e Ricerca Sociale. 2012;(97):50–75
3. Whitehead M., "A Typology of Actions to Tackle Social Inequalities in Health," Journal of Epidemiology and Community Health (1978) 61 (2007): 473–478.
4. Emadi M., Delavari S.,Bayati M., "Global Socioeconomic Inequality in the Burden of Communica-

ble and Non-Communicable Diseases and Injuries: An Analysis on Global Burden of Disease Study 2019," BMC Public Health (Electronic Resource) 21, no. 1 (2021): 1771.
5. Hosseinpoor A.R., Bergen N., Schlotheuber A, "Promoting Health Equity: WHO Health Inequality Monitoring at Global and National Levels," Global Health Action 8 (2015): 29034.
6. McCoy D., "Critical Global Health: Responding to Poverty, Inequality and Climate Change: Comment on "Politics, Power, Poverty and Global Health: Systems and Frames", International Journal of Health Policy and Management, (2017) 6 (9): 539–541.
7. 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
8. FAO, IFAD, UNICEF, WFP, WHO (2023). The State of Food Security and Nutrition in the World 2022. FAO.
9. Masocco M., Minardi V., Contoli B., Minelli G., Manno V., Cobellis L., Greco D. (2023). Sovrappeso e obesità nella popolazione adulta in Italia: trend tempora li, differenze socio-anagrafiche e regionali con focus sulla Regione Campania. Bollettino Epidemiologico Nazionale, 4(1): 1-8.
10. Prentice A.M. (2023). The Triple Burden of Malnutrition in the Era of Globalization. Nestle Nutrition Institute workshop series, 97: 51-61.
11. 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.
12. ISTAT (2019). I tempi della vita quotidiana: Lavoro, conciliazione, parità di genere e benessere soggettivo. ISTAT.
13. 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.
14. 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
15. ISTAT. (2023). Le statistiche dell'Istat sulla povertà in Benessere equo e sostenibile (BES) - Rapporto. Roma: ISTAT; https://www.istat.it/produzione-editoriale/rapporto-bes-2023-il-benessere-equo-e sostenibile-in-italia.
16. 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
17. 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)
18. Marmot M., Inclusion health: addressing the causes of the causes. Lancet 2018;391(10117):186-8. doi: 10.1016/S0140-6736(17)32848-9
19. Marmot M. La salute diseguale. La sfida di un mondo ingiusto. Giampaoli S, Traversa G (Ed.). Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 2016.
20. Stöckl H, Sorenson SB. Violence Against Women as a Global Public Health Issue. Annu Rev Public Health. 2024 May;45(1):277-294. doi: 10.1146/annurev-publhealth-060722-025138. PMID: 38842174.
21. de Lacy-Vawdon C., Vandenberg B., Livingstone C.H., "Recognis ing the Elephant in the Room:The Commercial Determinants of Health," BMJ Global Health 7(2022).

22. Crocetti A. C., Cubillo B., Lock M., et al., "The Commercial Determinants of Indigenous Health and Well-Being: A Systematic Scoping Review," BMJ Global Health 7 (2022): 10366.
23. McQueen, D.V., Jones, C.M. Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness. In: McQueen, D.V., Jones, C.M. (eds) Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness. (2007).Springer, New York, NY. https://doi.org/10.1007/978-0-387-70974-1_1
24. Javanparast S., Windle A., Freeman T., Baum F., "Community Health Worker Programs to Improve Healthcare Access and Equity: Are They Only Relevant to Low-and Middle-Income Countries?," Interna tional Journal of Health Policy and Management 7 (2018): 943–954.
25. Wangdahl J. M., Dahlberg K., Jaensson M., Nilsson U., "Psycho metric Validation of Swedish and Arabic Versions of Two Health Literacy Questionnaires, eHEALSandHLS-EU-Q16,forUseinaSwedishContext: A Study Protocol," BMJ Open 9 (2019): e029668.
26. Judd J, Frankish CJ and Moulton G. Setting standards in the evaluation of community-based health promotion programmes – a unifying approach. Health Promotion International (2001). 16(4):367-380.
27. Moulton G., Frankish J., Rootman I., Cole C., Gray D. Building on a foundation: Strategies, processes and outcomes of health promotion in primary health care settings. Primary Health Care research and Development (2006). 7(3):269-277.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno