

Una vita sana e prospera per tutti in Italia

La sperimentazione del modello dell'OMS in tre regioni
durante la crisi COVID-19



Una vita sana e prospera per tutti in Italia

**La sperimentazione del modello dell'OMS in tre regioni
durante la crisi COVID-19**

Alcuni diritti riservati. Quest'opera è disponibile sotto la licenza Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO); <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/>.

Secondo i termini di questa licenza, è possibile copiare, ridistribuire e adattare l'opera per scopi non commerciali, purché l'opera sia adeguatamente citata, come indicato di seguito. Per qualsiasi uso di quest'opera, è vietato suggerire che l'OMS sostenga una specifica organizzazione, prodotti o servizi. L'uso del logo dell'OMS non è permesso. In caso di adattamenti, si deve concedere la licenza dell'opera sotto la stessa licenza Creative Commons o una licenza equivalente. Se si crea una traduzione di quest'opera, si deve aggiungere il seguente disclaimer insieme alla citazione suggerita: "Questa traduzione non è stata creata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). L'OMS non è responsabile del contenuto o dell'accuratezza di questa traduzione. L'edizione originale inglese è l'edizione vincolante e autentica: Healthy, prosperous lives for all in Italy: piloting the WHO model in three Italian regions during the COVID-19 pandemic. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2023.

Qualsiasi mediazione relativa a controversie derivanti dalla licenza sarà condotta in conformità con le regole di mediazione dell'Organizzazione Mondiale della Proprietà Intellettuale. (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules/>).

Citazione suggerita. Una vita sana e prospera per tutti in Italia: la sperimentazione del modello dell'OMS in tre regioni durante la crisi COVID-19. Copenhagen: OMS Ufficio Regionale per l'Europa; 2023. Licenza: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Dati CIP (Cataloguing-in-Publication). I dati CIP sono disponibili su <http://apps.who.int/iris>. Vendita, diritti e licenze. Per acquistare le pubblicazioni dell'OMS, si veda <http://apps.who.int/bookorders>. Per presentare richieste di uso commerciale e domande su diritti e licenze, si veda <http://www.who.int/about/licensing>.

Materiali di terze parti. Se si desidera riutilizzare materiale di quest'opera che è attribuito a terzi, come tabelle, figure o immagini, è responsabilità dell'utente determinare se è necessario il permesso per tale riutilizzo e ottenere tale permesso dal detentore del copyright. Il rischio di reclami derivanti dalla violazione di qualsiasi elemento di proprietà di terzi nell'opera ricade unicamente sull'utente.

Esonero di responsabilità. Le denominazioni utilizzate e la presentazione del materiale in questa pubblicazione non implicano l'espressione di alcuna opinione da parte dell'OMS riguardo allo status giuridico di qualsiasi Paese, territorio, città o area o delle sue autorità, o riguardo alla delimitazione delle sue frontiere o confini. Le linee punteggiate e tratteggiate sulle mappe rappresentano linee di confine approssimative per le quali potrebbe non esserci ancora un pieno accordo.

La menzione di aziende specifiche o di prodotti di alcuni produttori non implica che essi siano approvati o raccomandati dall'OMS a preferenza di altri di natura simile che non sono menzionati. Salvo errori e omissioni, i nomi dei prodotti proprietari sono distinti da lettere maiuscole iniziali.

Ogni ragionevole precauzione è stata presa dall'OMS per verificare le informazioni contenute in questa pubblicazione. Tuttavia, il materiale pubblicato viene distribuito senza garanzie di alcun tipo, espresse o implicite. La responsabilità dell'interpretazione e dell'uso del materiale è del lettore. In nessun caso l'OMS potrà ritenersi responsabile dei danni derivanti dal suo utilizzo.

Fotografie in copertina: ©stock.adobe.com (Adamov photography / Drobot Dean, aerogondo, Anatoliy Karlyuk, bnenin, candy1812, Chaay_tee, chokniti, chokniti, Comeback Images, Daniel, DisobeyArt, Dmitry Berkut / De Visu, Drobot Dean, Ermolaev Alexandr, Family Veldman / famveldman, fizkes, francescoridolfi.com / Rido, goodluz, Gorodenkoff, Halfpoint, Halfpoint, InsideCreativeHouse, insta_photos, Iryna, iuricazac, Jacob Ammentorp Lund / Jacob Lund, Jaren Wicklund, karinabost, Kostia, Krakenimages.com, Laurentiu Iordache, LIGHTFIELD STUDIOS, loreanto, mimagephotos, Monkey Business, motortion, NDABCREATIVITY, nenetus, olly, Philippe Marchand / jackfrog, pikselstock, Robert Kneschke, Ron Chapple Stock / iofoto, shevchukandrey, shurkin_son, stephm2506, Svitlana, Syda Productions, Tomsickova, VadimGuzhva, waridsara, Wayhome Studio, shock)

Impaginazione: Tomomot

Sommario

Introduzione	1
Panoramica regionale	2
Emilia-Romagna: l'impatto della riorganizzazione del sistema sanitario sulla salute	2
Lombardia: l'impatto della pandemia e della chiusura delle scuole sulla salute dei bambini e degli adolescenti	5
Veneto: le disuguaglianze sociali nell'esposizione ai fattori legati allo stile di vita e l'impatto della pandemia COVID-19	13
Impatto sulla programmazione regionale	18
Emilia-Romagna	18
Lombardia	19
Veneto	19
Valore aggiunto complessivo del progetto	20

Abbreviazioni

COVID-19	malattia da coronavirus
HBSC	Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare (Health Behaviour in School-aged Children)
INVALSI	Istituto nazionale per la valutazione del sistema educativo di istruzione e di formazione

Introduzione

Nel 2020 il Ministero della Salute italiano e l'Ufficio Regionale dell'OMS per l'Europa hanno lanciato l'iniziativa italiana Health Equity Status Report (HESRi) "Healthy Prosperous Lives for All in Italy" [it.: "Rapporto sullo stato dell'equità in salute in Italia, una vita sana e prospera per tutti in Italia"] (1), che ha portato alla pubblicazione di questo rapporto interregionale. L'iniziativa è un progetto di collaborazione che coinvolge diverse istituzioni partner in Italia ed ha come obiettivo principale quello di supportare i decisori politici nazionali e regionali nel dare priorità agli investimenti necessari per affrontare gli attuali divari in materia di salute e benessere e creare le dovute condizioni che consentano a tutti gli italiani di vivere una vita sana e prospera.

Il Rapporto fornisce degli approfondimenti importanti per supportare i decisori politici nella comprensione di ciò che determina le disuguaglianze di salute in Italia e per esaminare le scelte politiche, definendo quelle a cui dare priorità di attuazione in questo contesto specifico. La crisi COVID-19 ha evidenziato la necessità di coinvolgere l'intera società affinché sia messa in sicurezza e al riparo dagli effetti e dalle conseguenze sociali, economiche e sanitarie della pandemia. Il Piano nazionale di prevenzione italiano aveva già come obiettivo e requisito (i) la definizione di obiettivi di equità nella salute e (ii) l'inclusione di verifiche di equità nella salute nell'attuazione di tutti i programmi all'interno dei piani regionali di prevenzione sanitaria (2). Pertanto, le regioni pilota erano già focalizzate sull'identificazione dei soggetti a rischio di essere marginalizzati prima della crisi COVID-19.

Questo lavoro è stato intrapreso sia a livello nazionale che a livello regionale nelle tre regioni che hanno partecipato al progetto (Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto), con l'obiettivo di eliminare le disuguaglianze di salute e di benessere nella popolazione.

Panoramica regionale

Emilia-Romagna: l'impatto della riorganizzazione del sistema sanitario sulla salute

Affrontare l'emergenza COVID-19 ha richiesto una rapida riorganizzazione del sistema sanitario e la riallocazione strategica di risorse umane e materiali, che ha portato all'**interruzione dei servizi diagnostici e terapeutici e al rinvio dei ricoveri ospedalieri non urgenti**. Parallelamente, l'accesso agli ambulatori dei medici di base e ad altre strutture sanitarie è stato contingentato per prevenire la diffusione dell'infezione da sindrome respiratoria acuta grave Coronavirus-2 (SARS-CoV-2) in ambienti ad alto rischio di esposizione. I servizi sanitari locali erano già alle prese con difficoltà operative e problemi storici legati all'assistenza sanitaria non ospedaliera (infrastrutture deficitarie, scarse risorse e carenza di personale specializzato). Durante la pandemia COVID-19, questi servizi sono stati costretti a **implementare o testare nuove soluzioni** per rispondere ai bisogni sanitari innescati o esacerbati dalla pandemia e dalle conseguenze delle misure di distanziamento fisico e sociale. L'impatto di questi cambiamenti sulle disuguaglianze di salute non è ancora stato quantificato, ma una valutazione di queste soluzioni potrebbe fornire **spunti preziosi per la riorganizzazione e la creazione di un sistema sanitario più resiliente**, in grado di contrastare le disuguaglianze di accesso e promuovere l'equità in salute.

L'impatto sul sistema sanitario

- Prima della pandemia COVID-19, in Emilia-Romagna si registravano **forti disuguaglianze nei principali indicatori di ospedalizzazione** (pur se in misura minore rispetto al resto d'Italia), con un tasso di utilizzo dei servizi più elevato nei gruppi con maggiore svantaggio sociale in termini di istruzione, cittadinanza e residenza in un'area disagiata.
- Durante la pandemia, nel periodo marzo-settembre 2020, si è registrata una **riduzione significativa** dei tassi di ospedalizzazione rispetto agli stessi mesi dei due anni precedenti (2018 e 2019). Tuttavia, alcuni indicatori, compresi quelli relativi alle cure urgenti, erano significativamente più alti per i gruppi con bassi livelli di istruzione. Inizialmente, si era ipotizzato che la causa principale della diminuzione dei tassi di ospedalizzazione fosse una riduzione significativa dei ricoveri inappropriati (tradizionalmente più elevati tra i gruppi di popolazione più svantaggiati) a causa del timore di un'infezione da SARS-CoV-2. Tuttavia, è diminuita anche la domanda di cure per **condizioni urgenti** (comprese le cure di emergenza) e di **ricoveri**

chirurgici e oncologici programmati. Ciò può essere spiegato da una riduzione marginale del numero di pazienti con lesioni e malattie acute a causa delle misure di *lockdown* e di distanziamento sociale (meno incidenti, meno ferite, meno malattie respiratorie acute). Tuttavia, una delle cause principali è stata la **riduzione della domanda di assistenza sanitaria da parte dei gruppi più svantaggiati**, dovuta all'incapacità di districarsi nelle normative di emergenza, dalla mancanza di consapevolezza delle possibili conseguenze del rinvio delle cure per timore di contrarre un'infezione da SARS-CoV-2 in un *setting* sanitario, dal venir meno delle reti di supporto sociale e dalla mancanza di servizi sanitari locali. Il sistema sanitario è riuscito comunque a mantenere l'equità nell'erogazione dei servizi di ricovero: **una volta effettuato l'accesso al sistema sanitario, gli utenti sono stati trattati tutti allo stesso modo, indipendentemente dal loro status sociale.**

- Tra le conseguenze critiche delle norme di emergenza COVID-19 e della riorganizzazione del sistema sanitario figurano l'isolamento dei pazienti anziani ricoverati o delle donne che ricevono cure prenatali, la mancanza di accesso dei bambini ai servizi di assistenza all'infanzia e la riduzione delle visite ai medici di base, soprattutto per le fasce di popolazione che vivono in condizioni di vulnerabilità e per i migranti. Al contempo, si è registrato un aumento della **domanda di assistenza sanitaria da parte dei servizi sanitari regionali**, che hanno dovuto far fronte ad un maggior numero di richieste di sostegno alla salute mentale (soprattutto per i bambini che vivono in condizioni di vulnerabilità) e a un maggior numero di persone che accedono ai servizi per le dipendenze.

Le politiche

Politiche attuate per facilitare l'accesso ai servizi sanitari

In risposta all'aumento della domanda di salute e alle difficoltà causate dalla pandemia COVID-19, i sistemi sanitari regionali hanno cercato di attuare una serie di misure a carattere universale per facilitare l'accesso ai servizi sanitari, utilizzando soluzioni innovative o potenziando misure già sperimentate in precedenza in alcune aree. Pur non essendo i destinatari specifici, i gruppi che vivevano in condizioni di vulnerabilità hanno beneficiato maggiormente di queste misure, avendo subito le peggiori conseguenze sulla salute della **pandemia e delle misure di isolamento e distanziamento sociale.** Sono stati attuati i provvedimenti seguenti:

- i servizi sanitari e sociali locali hanno cercato innanzitutto di **garantire la continuità delle cure**, soprattutto in risposta ai bisogni innescati dalla pandemia. Nonostante i tagli ai finanziamenti e la riduzione del personale, si è cercato di mantenere l'accesso ai centri di cura per le persone con problemi di salute mentale e tossicodipendenza, grazie anche alla dedizione e al lavoro straordinario degli operatori sia sociali che sanitari.

- **le collaborazioni con il settore no-profit e il volontariato** sono state fondamentali per tutti i servizi sociosanitari e per la consegna a domicilio dei farmaci, grazie alla quale è stato possibile evitare l'affollamento dei dispensari negli ospedali e nei centri sanitari locali. A questo sforzo hanno partecipato i volontari che già operano negli ospedali, nei consultori, nel settore sociale privato e quelli coinvolti come mediatori culturali.
- **la digitalizzazione e la telemedicina sono state ampiamente utilizzate** per fornire visite specialistiche e di base, mantenere i contatti con gli utenti dei servizi psichiatrici e con gli anziani, dare un supporto fondamentale alle famiglie con bambini e adolescenti alle prese con la chiusura delle scuole, organizzare corsi di preparazione al parto e promuovere video di prevenzione della violenza.
- per incrementare l'assistenza ambulatoriale e promuovere le **visite domiciliari** sono state istituite **Unità speciali di continuità assistenziale** che si avvalgono dell'esperienza di attori già impegnati in progetti particolari, come i *Comitati consultivi misti*. Le unità hanno l'obiettivo di garantire l'assistenza sia ai pazienti COVID-19 che a quelli affetti da patologie non legate alla pandemia, soprattutto per gli appartenenti ai gruppi che normalmente incontrano barriere nell'accesso al sistema sanitario.
- **sono stati istituiti degli help desk per rispondere alle domande sulla salute e orientare le persone con problemi di salute**, semplificando i collegamenti ai servizi pertinenti e facilitando la comunicazione diretta con i pazienti ricoverati.

Lezioni apprese dalla gestione della pandemia e implicazioni per il futuro

La pandemia COVID-19 ha messo in luce le debolezze del sistema sanitario nazionale e l'esigenza di una riorganizzazione strutturale, in particolare dei servizi sanitari locali, come evidenziato nel Piano nazionale di ripresa e resilienza (3). Dall'esperienza emiliano-romagnola sono emersi i seguenti punti:

- solo alcune delle misure attuate sono state innovative - la maggior parte era stata discussa o proposta come parte dell'agenda di pianificazione regionale ed era stata sperimentata in poche aree; molte misure sono state intraprese per rafforzare politiche esistenti ma attuate in modo insufficiente. **Le esperienze e le best practice derivate da queste misure devono essere inserite in un quadro sistemico e sostenute da una forma di governance regionale e locale.**
- è stato dimostrato che la **digitalizzazione delle cure e dell'assistenza** è in grado di superare non solo le barriere geografiche di accesso per i gruppi che vivono in aree remote, ma anche le distanze culturali, contribuendo a creare fiducia verso i gruppi che vivono in condizioni di vulnerabilità,

come le comunità di migranti. Sono necessari continui investimenti per **realizzare le infrastrutture necessarie** al sistema sanitario e, parallelamente, per **aumentare le competenze digitali della popolazione e scongiurare il rischio di un digital divide**.

- i servizi sanitari regionali devono essere riorganizzati per **promuovere un'assistenza ambulatoriale personalizzata, creando team multidisciplinari locali**. La riorganizzazione deve anche rispondere alle esigenze specifiche delle persone, abbattendo le barriere fisiche e culturali all'accesso.
- la pandemia ha evidenziato **che lo svantaggio sociale possiede molteplici dimensioni interconnesse**, tra cui il genere, lo status socioeconomico, la cittadinanza e l'età. Per fornire un'assistenza completa alle persone che si trovano ad affrontare svantaggi sociali, un sistema sanitario inclusivo, in grado di interpretare e rispondere alle esigenze dei diversi gruppi che vivono in condizioni di vulnerabilità, deve **promuovere l'intersezionalità e la multidisciplinarietà** come risorse essenziali.
- è essenziale valorizzare e investire nelle risorse umane creando ruoli appropriati e incorporando processi multidisciplinari all'interno del sistema sanitario. È inoltre necessario **valorizzare le categorie professionali esistenti che non sono utilizzate in modo appropriato, come gli infermieri di comunità**.

Lombardia: l'impatto della pandemia e della chiusura delle scuole sulla salute dei bambini e degli adolescenti

A causa della mancanza di evidenze sull'epidemiologia dell'infezione da SARS-CoV-2, **i bambini e gli adolescenti¹ sono stati tra i primi target delle risposte messe in atto in tutto il mondo per arginare l'infezione**, a causa del loro stile di vita altamente interattivo e del noto ruolo nella trasmissione di malattie infettive, compresi i virus respiratori. Oltre all'isolamento domestico e alla drastica restrizione dei momenti di aggregazione sociale, la **chiusura delle scuole e la didattica a distanza** hanno interessato complessivamente più di 8,3 milioni di studenti in Italia, di cui più di un milione in Lombardia.

Le misure di prevenzione e mitigazione del rischio, così come l'aumento della copertura vaccinale, hanno permesso la riapertura delle scuole nel 2021, ma l'istituzione di rigidi protocolli di tracciamento dei contatti e l'arrivo di varianti più contagiose del SARS-CoV-2 hanno fatto sì che la maggior parte degli studenti **frequentasse la scuola in modo intermittente**, soprattutto quelli delle scuole secondarie. Tuttavia, l'emergere di evidenze sul contributo dei giovani alla pandemia e, soprattutto, sui costi del distanziamento sociale

1 Nelle fasi iniziali della pandemia di COVID-19.

in termini di apprendimento e salute fisica e mentale, specialmente se analizzati attraverso la lente dell'equità, ha messo sempre più in discussione l'opportunità della didattica a distanza e ha evidenziato l'importanza di politiche volte a mitigare l'impatto della pandemia sul benessere delle generazioni future.

Impatto sulla salute e il ruolo di bambini e adolescenti durante la pandemia

- Tra i bambini e gli adolescenti, la COVID-19 è stata una malattia relativamente lieve. **In Italia, nell'aprile 2022, più di 3.300.000 infezioni hanno riguardato persone di età compresa tra 0 e 19 anni e i tassi di ospedalizzazione, ricovero in terapia intensiva e mortalità in questo gruppo di età sono stati rispettivamente 491,5, 11,0 e 1,6 per 100 000 pazienti diagnosticati.** Tra i bambini di età inferiore ai 5 anni, gli stessi indicatori erano leggermente più gravi (rispettivamente 1533,7, 23,5 e 3,4 per 100 000 casi diagnosticati), **ma la malattia si è risolta senza complicazioni nella grande maggioranza dei pazienti.**
- **I bambini e gli adolescenti non sembrano essere i principali vettori della pandemia**, con una suscettibilità e una trasmissibilità almeno non superiori in questi gruppi rispetto al resto della popolazione e molto probabilmente minori tra i bambini di età inferiore ai 10 anni.
- **I casi asintomatici erano più comuni nei bambini rispetto ad altri gruppi di età** e il tasso di trasmissione sembra più basso nei bambini. Tuttavia, questi casi non possono essere trascurati, soprattutto in contesti con varianti ad alta trasmissione.
- **Gli insegnanti non erano più a rischio rispetto al resto della popolazione** nelle prime due ondate pandemiche ma non sono ancora disponibili dati sulle ondate più infettive.
- Sebbene la chiusura delle scuole possa contribuire a ridurre il tasso di infezione a livello di comunità, non è una misura di per sé sufficiente a prevenire o fermare un'ondata pandemica. **L'andamento dei casi nella popolazione scolastica sembra riflettere piuttosto che anticipare il corso della pandemia nella comunità. In controtendenza, in Lombardia** la seconda e la terza ondata sembrano essere state anticipate di circa una settimana da un aumento dell'incidenza dei casi nelle fasce d'età più giovani e il raggiungimento del picco epidemico è arrivato prima nelle fasce più giovani, anche in seguito alla chiusura delle scuole
- La campagna di vaccinazione in Italia è iniziata il 27 dicembre 2020. Al 23 marzo 2022, l'82,9% dei giovani tra i 12 e i 19 anni e il 33,2% dei bambini tra i 5 e gli 11 anni avevano completato il ciclo vaccinale (con il 4% di quest'ultimo gruppo in attesa della seconda dose).

- L'evidenza di disuguaglianze sociali nell'infezione da SARS-CoV-2 negli adulti, una forte trasmissione intrafamiliare e un gradiente sociale nella riluttanza al vaccino avvalorano l'ipotesi che **i bambini provenienti da famiglie più disagiate siano maggiormente a rischio di COVID-19.**

Costi delle misure di distanziamento

Impatto sull'apprendimento

- L'implementazione dell'apprendimento a distanza ha evidenziato:
 - **il problema ben noto**, ma poco affrontato, del **ritardo della scuola italiana nella digitalizzazione**: solo il 9% delle scuole primarie, l'11,2% delle scuole secondarie di I grado e il 23% delle scuole secondarie di II grado disponeva di una banda sufficiente a garantire un'adeguata connessione a Internet, con percentuali ancora più basse nelle aree remote, rurali e più disagiate;
 - **le difficoltà legate a una coorte di insegnanti più anziana** (oltre il 50% degli insegnanti ha più di 50 anni), **non alfabetizzata digitalmente** (nel 2019 solo il 47,1% degli insegnanti aveva utilizzato le tecnologie digitali nel proprio insegnamento e oltre il 25% lo aveva fatto meno di una volta all'anno) **e non formata in materia di alfabetizzazione digitale** (solo il 20% aveva frequentato un corso di formazione in materia);
 - **che le famiglie con livelli di istruzione più bassi, in difficoltà economiche e/o con svantaggi sociali** non sono in grado di fornire ai figli le attrezzature informatiche, l'ambiente di vita e il supporto necessari per un uso corretto ed efficace dell'apprendimento a distanza; e
 - bassi livelli e forti disuguaglianze nella digitalizzazione tra gli studenti italiani.
- **Nel 2020 i bambini e gli adolescenti in Italia hanno perso in media circa 65 giorni di scuola** (rispetto alla media europea di 27 giorni) e circa 3 milioni di studenti hanno avuto difficoltà ad accedere alla formazione a distanza, aumentando così il rischio di abbandono scolastico precoce e di non essere inseriti in un percorso di istruzione, lavoro o formazione.
- I risultati dell'Istituto Nazionale per la Valutazione dell'Istruzione e della Formazione (INVALSI) per il 2021 mostrano **un calo dei punteggi medi degli esami di italiano e matematica (4), con un aumento del divario rispetto ai coetanei europei**. Ciò è avvenuto in particolare nelle scuole secondarie di II grado, dove il numero di giorni persi è stato maggiore (equivalente a cinque mesi di scuola).
- La flessione nel punteggio degli esami risulta distribuita uniformemente tra tutti i gruppi socioeconomici e non ha aumentato le già significative

disuguaglianze nell'apprendimento presenti prima della pandemia. I dati INVALSI (4) e PISA (5) rilevavano però, già prima della pandemia, una differenza in base allo status socioeconomico dei genitori. Si tenga presente però che **gli indicatori INVALSI potrebbero non essere adatti a misurare l'impatto della pandemia sulle competenze cognitive, relazionali e sociali.**

Impatto sul benessere fisico e mentale

- La chiusura delle scuole, le severe misure di allontanamento fisico e sociale e l'impatto psicologico della pandemia hanno alterato in maniera drammatica la vita quotidiana di bambini e adolescenti. Ciò ha messo a rischio il loro benessere fisico e mentale e ha ostacolato il loro sviluppo, la socializzazione e l'acquisizione di competenze culturali, psicosociali e relazionali.
- **Ansia, depressione e instabilità emotiva** sono aumentate **tra adolescenti e preadolescenti. Nei ragazzi più grandi la loro prevalenza (insieme a quella dei disturbi del sonno e dell'alimentazione)** è cresciuta con l'allungarsi della pandemia. Si è diffuso anche il languishing (cioè la mancanza di benessere, un progetto di vita e gioia), con gravi implicazioni per la salute fisica e mentale a medio e lungo termine.
- **Tra i bambini di età inferiore ai 6 anni, è stato segnalato un aumento dell'irritabilità e dei sintomi di stress, irrequietezza e ansia da separazione, episodi di regressione e disturbi dell'attaccamento**, oltre a difficoltà nell'elaborare il significato della pandemia, ed eventualmente, dei lutti familiari.
- Per quanto riguarda lo stile di vita, **l'elevato aumento dell'inattività fisica, del tempo trascorso davanti agli schermi**, del numero di pasti giornalieri consumati, dell'uso di servizi di consegna a domicilio di fast-food e del consumo di cibi fritti e zuccherati è stato solo in parte compensato dall'aumento del consumo di frutta e verdura, **portando a un aumento dell'obesità e del sovrappeso** nei bambini e negli adolescenti. Il consumo di tabacco e alcolici tra gli adolescenti non sembra essere aumentato, anche se molti studi ipotizzavano un calo di questi comportamenti (che non si è verificato) a causa delle minori opportunità di socializzazione e aggregazione fuori casa e del maggiore controllo dei genitori a casa.

Impatto sulle disuguaglianze

- L'impatto sulla salute fisica e mentale è stato maggiore nelle famiglie più svantaggiate in termini di livello di istruzione dei genitori, deprivazione materiale e status di migrante e si è verificato attraverso una serie di meccanismi, tra cui:

- **una minore capacità dei genitori** di sostenere emotivamente i figli, i loro bisogni psicologici e la loro capacità di elaborare la situazione;
 - **maggiori difficoltà familiari e difficoltà a garantire modi più sani di trascorrere il tempo** (dalla mancanza di spazi disponibili per l'attività fisica all'assenza di limiti nell'uso degli schermi), anche a causa della scarsa *health literacy* (alfabetizzazione sanitaria) dei genitori; e
 - **maggiori difficoltà finanziarie**: la minore tutela del lavoro espone maggiormente agli effetti della pandemia su occupazione e reddito, con conseguente **impoverimento** della quantità e della qualità del cibo e con l'aumento di **stress e conflitti familiari**, che possono sfociare in violenza, problemi di salute mentale o aumento del consumo di sigarette e alcol come comportamenti compensativi.
- Anche l'**interruzione delle lezioni in presenza e, di conseguenza, il venir meno della capacità della scuola di ridurre le disuguaglianze** è stata rilevante. La scuola è il contesto principale in cui i bambini provenienti da contesti meno fortunati possono fare attività fisica, mangiare un pasto sano e acquisire competenze relazionali e sociali. La scuola rappresenta inoltre un importante punto di accesso ai programmi di prevenzione e promozione della salute attuati nei contesti educativi.

Analisi dei dati dello Studio sui comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare per identificare i punti di ingresso per l'azione

Un'analisi approfondita dei dati dell'ultimo Studio sui comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare (ingl.: Health Behaviour in School-aged Children, HBSC) in Lombardia ha mostrato che

- più di 4 studenti su 10 presentavano almeno 1 condizione di fragilità (basso potere d'acquisto, famiglia monogenitoriale, genitori nati all'estero), senza differenze di genere già prima della pandemia;
- esistevano notevoli disuguaglianze nella salute fisica e nell'esposizione a stili di vita non salutari: **frequentare una scuola di basso livello, avere una famiglia con basso potere d'acquisto e, soprattutto tra le ragazze, vivere in una famiglia monoparentale o avere genitori di origine straniera** sono fattori di rischio per un'alimentazione scorretta, l'esposizione al fumo, all'alcol e al bullismo, l'inattività fisica e l'obesità e la percezione di avere una salute più scarsa; in attesa che le nuove indagini HBSC confermino o smentiscano l'ipotesi che la pandemia abbia esacerbato le disuguaglianze, altri studi hanno registrato che molte di queste patologie sono peggiorate soprattutto nei gruppi più svantaggiati e possono aver creato nuove disuguaglianze e aggravato quelle esistenti poiché, soprattutto tra le bambine, queste variabili sono associate allo status di

migrante, all'appartenenza a una famiglia monoparentale e alla condizione socioeconomica.

Politiche

L'emergenza sanitaria ha avuto forti ripercussioni sul mondo scolastico. Per capirne a fondo l'impatto va tenuta in considerazione la dimensione bio-psico-sociale della salute in aggiunta agli aspetti sanitari. Accanto all'attenzione per prevenire il contagio, va valorizzato il ruolo educativo e sociale giocato dalla scuola, recuperando così la centralità di temi quali l'inclusione e l'equità, messi in crisi dalla situazione contingente. Una scuola attenta a queste dimensioni può rappresentare un attore centrale per favorire la salute mentale di tutti gli studenti e per la tutela della salute di tutta la popolazione.

Politiche che garantiscano l'equità delle scuole e la loro capacità di rispondere alle sfide della pandemia.

- Garantire che le scuole siano aperte e che siano **“le ultime a chiudere e le prime a riaprire”** attraverso investimenti che consentano lo sviluppo di azioni di prevenzione, diagnosi e monitoraggio precoce dei casi e dei contatti, nonché l'attuazione di una politica di sicurezza scolastica.
- Sia durante la pandemia che durante il ritorno alla normalità, rafforzare **l'interazione strutturata tra le comunità scolastiche e i servizi sociali, educativi e sanitari locali**, potenziando il ruolo nelle scuole delle reti esistenti e di quelle con obiettivi specifici e migliorando le competenze professionali necessarie per far funzionare il sistema di coloro che lavorano in questi servizi (nei patti educativi regionali ciò è stato fondamentale per mantenere i programmi locali e le azioni di prevenzione e promozione della salute).
- **Promuovere la digitalizzazione delle scuole** garantendo infrastrutture informatiche e connessioni a banda larga anche nelle aree più remote e meno accessibili e completando la progettazione del Piano Nazionale Scuola Digitale, a partire dalla creazione di adeguati ambienti di apprendimento virtuali.
- Investire nella **formazione digitale degli insegnanti** e promuovere esperienze di formazione a distanza e di laboratorio che si sono dimostrate in grado di innovare, costruire e rafforzare i metodi di apprendimento.

Politiche per favorire la partecipazione degli studenti alla didattica a distanza

- Varare incentivi per l'**acquisto di computer e dispositivi da parte delle** famiglie più numerose e più svantaggiate e per allestire le sedi scolastiche con computer e altri dispositivi da mettere a disposizione in comodato d'uso.
- Promuovere forme di welfare e di sostegno all'occupazione per facilitare la **conciliazione casa-lavoro**, soprattutto nelle famiglie più numerose che hanno meno accesso allo smart working;
- Garantire continuità dell'apprendimento per gli studenti con difficoltà negli studi, fornendo un **supporto tecnico supplementare ai mediatori culturali e comunitari** per assicurare un accesso stabile a Internet alle famiglie prive di competenze digitali o alle famiglie di immigrati, nonché alle famiglie con bambini con bisogni educativi speciali o disabilità.
- **Aumentare l'educazione digitale per i bambini**, in particolare per quelli con difficoltà di apprendimento e bisogni educativi speciali.
- Nell'eventualità di una interruzione forzata dell'insegnamento in classe, potrebbe essere importante garantire ai figli dei lavoratori essenziali (*essential workers*) un accesso prioritario alla scuola, come già avviene per i bambini con disabilità.

Politiche per la promozione del benessere e la tutela della salute fisica e mentale dei bambini

- Fornire un supporto psicopedagogico a studenti e insegnanti (e all'intera comunità scolastica, sia a livello individuale sia a livello socio-organizzativo) **per far fronte ai problemi incontrati durante la pandemia** e affrontare gli impatti negativi sulla salute mentale.
- Favorire il mantenimento di abitudini salutari come il movimento e una sana alimentazione durante la pandemia, trovando strumenti per favorire l'attività fisica anche durante i lunghi mesi di lockdown e le lezioni a distanza.
- Garantire spazio e tempo per i comportamenti salutari, compreso l'uso di aree esterne, per riprogrammare la giornata scolastica e adattare le attività alle nuove condizioni di vita.
- Supportare dirigenti, docenti e studenti nel momento delle chiusure e dei drastici cambiamenti che il sistema scolastico ha dovuto affrontare, considerando ciascun istituto scolastico non solo come luogo fisico ma soprattutto come contesto di relazioni sociali

- Generalizzare i programmi di promozione della salute basati sulle competenze per la vita (*life skills*) al fine di affrontare le problematiche legate all'isolamento forzato e garantire il mantenimento e il rafforzamento delle relazioni sociali.
- Per contrastare le disuguaglianze preesistenti, che probabilmente saranno esacerbate dalla pandemia, è necessario:
 - sostenere la continuità delle azioni di promozione della salute sia nelle scuole sia nelle aree più svantaggiate nell'ambito del **modello "Scuola che promuove la salute"** (6);
 - promuovere azioni che favoriscano la **partecipazione dei genitori e l'instaurarsi di relazioni familiari positive;**
 - adottare un **approccio di genere** che tenga conto dei diversi meccanismi attraverso i quali l'impatto dello svantaggio sociale si estrinseca tra uomini e donne;
 - abbandonare gli approcci universalistici che promuovono azioni di prevenzione e promozione della salute di rapida soluzione e investire in approcci che - sulla base di profili sanitari mirati - possano tener conto delle **molteplici sfaccettature dello svantaggio sociale e lavorare simultaneamente sui diversi fattori di rischio**, concentrandosi sulle azioni volte a promuovere scelte salutari basate sulle esigenze dei diversi gruppi di popolazione.
 - comprendere i fattori determinanti della minore adesione alle norme preventive, e della maggiore riluttanza nei confronti della vaccinazione osservata nelle famiglie svantaggiate e valorizzare la *health literacy* per promuovere l'autoprotezione, sostenere la cittadinanza attiva per riconoscere la salute un diritto/dovere collettivo, rinforzare le capacità di affrontare i cambiamenti (attraverso l'adeguamento dei programmi di promozione alla salute già esistenti).
- In generale, appare opportuno promuovere e potenziare azioni che valorizzino e rafforzino il ruolo e le competenze degli insegnanti e, più ampiamente, degli adulti all'interno della comunità scolastica in collaborazione con i membri della comunità (ovvero la corresponsabilità educativa) per ridurre l'impatto dei determinanti della diffusione precoce dell'uso di sostanze, dell'inattività fisica e di abitudini alimentari non salutari che, nel medio-lungo periodo, determinano un'elevata incidenza di condizioni quali il sovrappeso e l'obesità e di cattive condizioni di salute tra gli studenti, in particolare tra le studentesse degli istituti professionali o tecnici.

Veneto: le disuguaglianze sociali nell'esposizione ai fattori legati allo stile di vita e l'impatto della pandemia COVID-19

La pandemia di COVID-19 ha fomentato il timore di contrarre l'infezione da SARS-CoV-2 e di ammalarsi, sia in prima persona che riguardo alle persone care e vicine. Misure di distanziamento fisico e sociale, come l'isolamento domestico e la chiusura dei luoghi di lavoro e dei principali punti di ritrovo, sono state rapidamente messe in atto per cercare di appiattire la curva della pandemia. Tali misure hanno comportato una perdita di reddito e/o disoccupazione, l'aumento dello stress, la riduzione dei contatti sociali e la solitudine, l'isolamento domestico e conflitti familiari, soprattutto per le famiglie con figli che studiano a distanza, nonché la durata apparentemente indefinita dell'emergenza e dell'affaticamento pandemici. Pertanto, **la vita quotidiana e le condizioni di vita sono radicalmente cambiate per la maggior parte dei gruppi di popolazione, portando a un potenziale aumento dell'esposizione ai fattori di rischio comportamentali.** Tuttavia, la gravità e la direzione di tali cambiamenti possono variare a **seconda delle interazioni con i determinanti sociali della salute.** Non sono ancora disponibili dati regionali e nazionali per determinare le tendenze di questi potenziali cambiamenti, ma è probabile che siano i gruppi sociali più svantaggiati a risentirne maggiormente. Pertanto, è necessario identificare i meccanismi riconducibili alla posizione socioeconomica con i fattori dello stile di vita e ipotizzare come questi possano essere cambiati durante la pandemia, al fine di identificare possibili punti di ingresso per azioni volte a migliorare l'equità nella salute, in conformità con il Piano nazionale di prevenzione.

Determinanti sociali delle disuguaglianze nello stile di vita prima della pandemia

- Le disuguaglianze sanitarie hanno avuto un impatto significativo in Veneto, come osservato anche a livello nazionale e in tutto il Nord Italia: **tra i 30 e i 74 anni, il 27,6% della mortalità maschile e il 16,6% di quella femminile sono attribuibili al livello di istruzione.** Si stima che quasi 2200 vite all'anno potrebbero essere salvate nella regione se il tasso di mortalità dell'intera popolazione fosse uguale a quello dei laureati.
- **Nessuno degli altri big killer della sanità pubblica rappresenta una percentuale così alta di decessi.** Ad esempio, si stima che ogni anno in Veneto il fumo sia responsabile di 1.848 decessi, l'inattività fisica di 1.239 decessi, l'eccesso di peso di 1.090, il consumo eccessivo di alcol di 689 decessi e il consumo inadeguato di frutta e verdura (meno di tre porzioni al giorno) di 143 decessi.
- Le disuguaglianze nell'esposizione ai fattori di rischio legati allo stile di vita e al comportamento costituiscono una quota importante del contributo di tutti i tipi di disuguaglianza alla mortalità, pari al 41,0% tra gli uomini

e al 24,3% tra le donne. Pertanto, tali disuguaglianze sono un obiettivo importante delle politiche volte a combattere le disuguaglianze di salute.

- Nella regione Veneto, l'analisi multivariata dell'esposizione a 14 fattori di rischio comportamentali (con indicatori relativi all'assunzione di alcol, al fumo, all'inattività fisica e all'alimentazione) e dell'esposizione al sovrappeso e all'obesità in funzione di 10 diversi indicatori di status socioeconomico (tra cui il livello di istruzione, la condizione economica, lo stato occupazionale, il capitale sociale e le condizioni abitative) ha rivelato che:
 - **le disuguaglianze sono pervasive e comuni, soprattutto tra le donne**, con tutti gli indicatori significativamente associati ad almeno un determinante sociale;
 - per quanto riguarda il consumo abituale di alcol, le correlazioni erano uguali tra tutti i gruppi socioeconomici e per le donne, ma erano maggiori tra i gruppi più avvantaggiati per gli uomini; tuttavia, tutte le altre correlazioni significative, comprese quelle con il *binge drinking* e il consumo di alcol a rischio, erano maggiori per i **gruppi che vivevano in condizioni di maggiore vulnerabilità**;
 - alcuni fattori di rischio comportamentali sono stati associati solo a una o poche dimensioni sociali, ad esempio il consumo eccessivo di carne tra le donne o il consumo inadeguato di frutta e verdura tra gli uomini (entrambi erano associati al livello di istruzione e il secondo era associato anche allo status economico); tuttavia, nella maggior parte dei casi, l'analisi multivariata ha rivelato **interrelazioni tra combinazioni multiple di determinanti**, ognuna delle quali spiega una parte della variabilità sociale nell'esposizione a un fattore di rischio comportamentale - ciò è stato osservato in particolare per l'inattività fisica e alcune abitudini alimentari non salutari per entrambi i generi, per il fumo negli uomini e per l'eccesso di peso nelle donne;
 - i gradi di correlazione hanno seguito lo stesso andamento, con valori più elevati per entrambi i generi riguardo la mancanza di attività fisica, il salto del primo pasto della giornata e il consumo di grassi nocivi, nonché il fumo negli uomini e il sovrappeso e l'obesità nelle donne.
 - **un basso livello di istruzione (che è un proxy di scarsa health literacy negli uomini e un determinante di scarse risorse economiche, basse qualifiche professionali e basso capitale sociale nelle donne) è stato il principale determinante dei fattori di rischio comportamentali, seguito dallo status economico e dalla povertà negli uomini e dalla disoccupazione e dalla mancanza di relazioni soddisfacenti nelle donne**; al contrario, vivere in un ambiente deprivato non è stato associato a nessuno dei fattori di rischio comportamentali considerati.

Impatto della pandemia COVID-19 sulle disuguaglianze negli stili di vita

In primo luogo, la pandemia ha aumentato il numero di persone socialmente svantaggiate, come indicato dall'aumento della povertà assoluta (dal 6,4% nel 2019 al 7,7% nel 2020) e delle difficoltà finanziarie (solo marginalmente mitigate dalle misure speciali di sostegno al reddito attuate dal governo italiano). Questi fattori hanno portato a una riduzione della spesa per un'alimentazione sana e all'adozione di comportamenti non salutari come strategia di *coping*. Tra le donne, un fattore importante è stato anche l'abbandono del mercato del lavoro, spesso allo scopo di conciliare la cura dei figli con le maggiori responsabilità familiari. Il distanziamento fisico e sociale ha inoltre aumentato le difficoltà incontrate dai gruppi che vivono in condizioni di vulnerabilità (come anziani, migranti, famiglie con bambini e famiglie monoparentali), che già prima della pandemia erano ad alto rischio di tabagismo e di abitudini alimentari non salutari.

Una revisione della letteratura dei principali studi condotti nei Paesi europei ha mostrato quanto segue durante i due anni della pandemia.

- A livello di popolazione, si è verificata una riduzione dell'attività fisica e del contenuto nutrizionale degli alimenti, con una tendenza a mangiare di più, in particolare alimenti ad alto contenuto di calorie, grassi e sale. Questi fattori hanno portato ad un aumento della prevalenza del sovrappeso e, in misura minore, dell'obesità. È stato osservato anche un aumento del consumo di frutta e verdura. L'impatto sul fumo e sul consumo di alcol è stato minore, con una leggera tendenza alla diminuzione per entrambi.
- Questi cambiamenti medi hanno comunque mascherato tendenze diverse a seconda dello status socioeconomico: le persone con un basso livello di istruzione e di *health literacy*, con poche relazioni sociali o di scarsa qualità, o disoccupate o residenti in aree svantaggiate hanno avuto una maggiore esposizione ai fattori di rischio comportamentali, mentre i fattori dello stile di vita sono migliorati per le persone all'estremità opposta della scala socioeconomico.
- Il consumo abituale di alcol è diminuito tra i giovani, ma è rimasto invariato tra gli adulti (che hanno sostituito il consumo di alcol fuori casa con il consumo a casa); tuttavia, il tasso di ricaduta è aumentato per gli ex alcolisti e un maggior numero di persone presenta livelli di consumo di alcol a rischio, soprattutto quelle con uno status socioeconomico inferiore.
- L'impatto sullo stile di vita è stato determinato dalle ricadute sulla salute mentale. I soggetti più colpiti da ansia, depressione, irrequietezza e solitudine (stati emotivi più comuni negli individui con uno status socioeconomico basso e che vivono nelle aree più disagiate) avevano maggiori probabilità di assumere comportamenti non salutari e di avere meno ore di sonno e una qualità del sonno più scadente, soprattutto le

donne. L'impatto sulla salute mentale dipendeva anche dalla prevalenza (e quindi dal livello di allarmismo associato) della pandemia e dalla durata e gravità delle misure di distanziamento sociale.

- Lo smart working ha contribuito a ridurre l'esposizione al SARS-CoV-2 e a garantire la continuità lavorativa, ma i lavoratori meno qualificati e quelli con minori tutele occupazionali non hanno potuto lavorare da casa e molti hanno perso il lavoro o hanno visto diminuire il proprio reddito (aumentando così le disuguaglianze occupazionali e reddituali), mentre alcuni hanno adottato comportamenti compensativi poco salutari, come il consumo di alcol e tabacco.
- I lavoratori essenziali (una percentuale maggiore dei quali ha un basso livello di istruzione e qualifiche professionali medio-basse), il cui stile di vita medio è peggiorato durante le fasi più acute della pandemia, sono stati i più a rischio di impatti negativi sulla salute mentale (in particolare, l'insorgenza di ansia e depressione).

Suggerimenti per le politiche di contrasto alle disuguaglianze legate ai fattori di rischio comportamentali

- Per contrastare queste disuguaglianze è necessario intervenire sugli squilibri dei determinanti sociali della salute, tra cui l'innalzamento dei livelli di istruzione, il miglioramento della protezione sociale per le popolazioni economicamente più deboli (come i lavoratori a basso reddito e temporanei) e il miglioramento delle condizioni di lavoro e del capitale sociale. Il settore della sanità pubblica non può influenzare direttamente tali politiche, ma può solo continuare a informare i settori responsabili su come le loro scelte politiche avranno un impatto sulla salute della popolazione.
- A tale scopo, a supporto del Piano Regionale Prevenzione (PRP) (7), la Regione del Veneto ha approvato il Protocollo d'Intesa "Veneto per la Salute" (8) che sancisce la collaborazione tra venti settori della Regione del Veneto e dieci enti istituzionali regionali esterni con l'obiettivo di promuovere il benessere il diritto alla salute attraverso l'adozione, nelle proprie politiche, di linee strategiche coerenti con gli obiettivi dello stesso PRP. Le Direzioni/ Enti aderenti concorrono con le loro strategie alla creazione di Ambienti favorevoli alla salute delle persone. Tutti gli attori che partecipano al presente protocollo, si impegnano a collaborare in una programmazione condivisa ciascuno nelle rispettive competenze (socio-sanitario, scolastico-sportivo, produttivo, ambientale e agroalimentare). Lo sviluppo di sinergie tra soggetti pubblici e privati a sostegno di una nuova cultura della prevenzione e promozione della salute, diventa strumento utile a responsabilizzare la comunità e i singoli a scelte di vita salutary; mettere a sistema tutti i servizi e gli attori (sanitari e non sanitari) garantisce non solo un lavoro di rete, ma anche l'equità su tutto il territorio regionale al

fine di potenziare ed estendere i programmi di prevenzione già esistenti e programmare eventuali nuovi interventi.

- Lo strumento operativo del protocollo è il **Tavolo di coordinamento regionale “Veneto per la Salute”** (8), al quale partecipano i referenti individuati dalle direzioni ed enti firmatari. Tutti i membri contribuiscono con le loro strategie alla creazione di *setting* favorevoli alla salute.
- Un altro strumento è il Piano di Comunicazione Regionale “Vivo Bene” a supporto del Piano Regionale della Prevenzione (9) e di Veneto per la Salute. Si tratta di una strategia adottata per promuovere messaggi di salute e prevenzione per la popolazione da parte di tutti i partecipanti al Protocollo d’Intesa (8).

Impatto sulla programmazione regionale

Emilia-Romagna

- I risultati delle analisi sono stati presentati e discussi in due focus group con i rappresentanti dell'autorità sanitaria regionale per l'equità nella salute. Da queste discussioni sono scaturite raccomandazioni politiche per la creazione di sistemi sanitari più resilienti, in grado di promuovere e proteggere l'equità.
- Inoltre, il contenuto del rapporto:
 - ha contribuito a definire le priorità del programma per affrontare le disuguaglianze all'interno dei nuovi piani strategici triennali delle autorità sanitarie locali, che a loro volta hanno portato alla elaborazione di documenti di pianificazione annuale per le attività da attuare in ciascuno dei tre anni successivi;
 - sarà utilizzato per sviluppare il nuovo Piano socio-sanitario regionale, attualmente in fase di progettazione, che sarà il documento principale per definire l'assistenza socio-sanitaria nella regione – sarà inoltre importante per favorire l'uso dei fondi dell'Unione Europea ai fini dell'attuazione regionale del Piano nazionale di ripresa e resilienza e costituirà la base dei piani di zona distrettuali per la salute e l'assistenza sociale;
 - può promuovere la Rete di studi longitudinali metropolitani (11) – altri centri regionali di studi longitudinali metropolitani che non hanno partecipato alle analisi e vorrebbero effettuare le stesse analisi e unirsi alla rete.

Lombardia

- I risultati delle analisi regionali e i suggerimenti per orientare all'equità le politiche di salute pubblica contribuiranno a definire e perfezionare le azioni di prevenzione e promozione della salute incluse nel programma "Scuole che Promuovono Salute" del Piano regionale della prevenzione (12) e ad attuarle sul territorio regionale. In questo contesto, i risultati sono stati presentati e discussi anche con i 30 responsabili delle unità organizzative complesse della Rete lombarda di promozione della salute nei luoghi di lavoro.
- In seguito alle discussioni, il Gruppo di coordinamento scientifico regionale HBSC e *OKkio alla Salute* (13) hanno suggerito quali esiti del potenziale impatto della pandemia dovrebbero essere al centro dell'analisi dei dati dell'indagine HBSC (14). I risultati dell'analisi hanno contribuito all'estensione dell'indagine regionale HBSC (per includere nuovi elementi che consentissero di cogliere l'eventuale impatto di potenziali meccanismi di esacerbazione delle disuguaglianze) e al sovracampionamento degli alunni per avere una maggiore rappresentatività regionale e una potenza statistica sufficiente a testare le ipotesi sull'impatto della pandemia sul benessere fisico e mentale dei bambini.

Veneto

- I risultati dell'analisi contribuiranno alla revisione degli interventi dei Programmi del Piano regionale Prevenzione 2020-2025 in corso, al fine di mitigare l'impatto delle disuguaglianze negli stili di vita e nei fattori di rischio comportamentali della popolazione (7). Le considerazioni emerse sono state illustrate negli incontri di aggiornamento con i referenti dei programmi a livello locale, al fine di una condivisione ragionata delle scelte strategiche,
- Le implicazioni per le politiche sanitarie e non sanitarie saranno discusse e utilizzate come momento di confronto all'interno del gruppo di lavoro intersettoriale *Veneto per la Salute* (8), che comprende rappresentanti delle Direzioni della Regione del Veneto e di altri settori istituzionali regionali, con l'obiettivo comune di promuovere il benessere e la salute della popolazione veneta attraverso un approccio "Health in All Policies" [it.: La salute in tutte le politiche] (15).

Valore aggiunto complessivo del progetto

Questo progetto:

- ha sostenuto la definizione di priorità nella formulazione dei piani di prevenzione regionali, in linea con gli scopi e gli obiettivi del Piano nazionale di prevenzione per ridurre le disuguaglianze di salute (2);
- ha evidenziato e agevolato l'impatto dei partenariati intersettoriali regionali nel coinvolgimento delle comunità locali in tema di salute;
- ha contribuito a promuovere attività chiave in base alle priorità regionali in ogni contesto, affrontando i più ampi determinanti sociali della salute; e
- ha promosso un'azione intersettoriale per dare priorità alla riduzione delle disuguaglianze di salute all'interno di nuovi piani strategici, come i piani sociali e sanitari regionali, e per contestualizzare il Piano nazionale di ripresa e resilienza (3).

Tra le applicazioni dei risultati di questa partnership figurano:

- agevolare la discussione tra le autorità sanitarie locali dell'Emilia-Romagna;
- integrare i risultati nel Piano sociale e sanitario regionale dell'Emilia-Romagna (10);
- promuovere la discussione tra il Gruppo di coordinamento scientifico regionale HBSC e *OKkio alla Salute*;
- dare priorità alle attività di prevenzione e promozione della salute;
- contribuire all'istituzione in Veneto del tavolo di lavoro intersettoriale *Veneto per la Salute*.

Riferimenti bibliografici²

1. Una vita sana e prospera per tutti in Italia: rapporto sullo stato dell'equità in salute in Italia: relazione nazionale. Copenhagen: OMS Ufficio Regionale per l'Europa; 2022 (<https://iris.who.int/handle/10665/357876>).
2. Piano nazionale della prevenzione 2020-2025. Roma: Ministero della Salute; 2020 (https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2955).
3. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. Roma: Governo italiano; 2021 (<https://www.italiadomani.gov.it/content/sogei-ng/it/en/home.html>).
4. I Risultati delle Prove INVALSI 2021 [website]. In: INVALSIopen/Results. Roma: INVALSI; 2023 (<https://www.invalsiopen.it/risultati/risultati-prove-invalsi-2021/>).
5. Risultati OCSE PISA 2018 [website]. In: OCSE-PISA 2018 Programme for International Student Assessment. Rome: INVALSI; 2023 (https://www.invalsi.it/invalsi/ri/pisa2018.php?page=pisa2018_it_07).
6. Il modello [website]. In: La "Scuola che promuove salute" [website]. Milano: Regione Lombardia; 2023 (<https://www.scuolapromuovesalute.it/il-modello/>).
7. Piano Regionale Prevenzione PRP 2020-2025. Venezia: Regione del Veneto; 2021 (<https://www.regione.veneto.it/web/sanita/prp-2020-2025>).
8. Bur n. 72 del 17 giugno 2022. Deliberazione della Giunta Regionale n. 480 del 29 aprile 2022. Approvazione dello schema di Protocollo d'Intesa "Veneto per la salute". Venezia: Bollettino Ufficiale della Regione del Veneto; 2022 (<https://bur.regione.veneto.it/BurvServices/pubblica/DettaglioDgr.aspx?id=475968>).
9. "Vivo Bene" campagna di comunicazione. Venezia: Regione del Veneto; 2023 (<https://www.regione.veneto.it/vivobene>).
10. Piano sociale e sanitario regionale. Bologna: Regione Emilia Romagna; 2023 (<https://salute.regione.emilia-romagna.it/normativa-e-documentazione/piani-e-programmi/piano-sociale-e-sanitario>).
11. Studi longitudinali Emiliano-Romagnoli. Bologna: Regione Emilia Romagna; 2023 (<https://assr.regione.emilia-romagna.it/innovazione-sanitaria/epidemiologia-disug/slem>).
12. La "Scuola che promuove salute" [website]. Milano: Regione Lombardia; 2023 (<https://www.scuolapromuovesalute.it/>).
13. What is OKkio alla SALUTE? [website]. Rome: Istituto Superiore di Sanità; 2023 (<https://www.epicentro.iss.it/en/okkioallasalute/>).
14. Sistema di sorveglianza HBSC [website]. In: Promozione della salute in Lombardia/Risorse. Milano: Regione Lombardia; 2021 (<https://www.promozionesalute.regione.lombardia.it/wps/portal/site/promozione-salute/dettaglioeditoriale/risorse/sorveglianze/hbsc-report>).
15. Promoting Health in All Policies and intersectoral action capacities [Promuovere la salute in tutte le politiche e le capacità di azione intersettoriale] [website]. In: World Health Organization/Activities. Ginevra: Organizzazione Mondiale della Sanità; 2023 (<https://www.who.int/activities/promoting-health-in-all-policies-and-intersectoral-action-capacities>).

2 Ultimo accesso ai riferimenti bibliografici il 21 settembre 2023.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) è un'agenzia specializzata delle Nazioni Unite creata nel 1948 con competenza primaria sulle questioni di salute internazionali e la salute pubblica. L'Ufficio Regionale dell'OMS per l'Europa è uno dei sei uffici regionali presenti in tutto il mondo, ciascuno dotato di un proprio programma orientato alle specifiche condizioni di salute del Paesi che serve.

Stati membri

Albania
Andorra
Armenia
Austria
Azerbaigian
Bielorussia
Belgio
Bosnia Erzegovina
Bulgaria
Croazia
Cipro
Cechia
Danimarca
Estonia
Federazione Russa
Finlandia
Francia
Georgia
Germania
Grecia
Islanda
Irlanda
Israele
Italia
Kazakistan
Kirghizistan
Lettonia
Lituania
Lussemburgo
Macedonia del Nord
Malta
Monaco
Montenegro
Norvegia
Paesi Bassi (Regno dei)
Polonia
Portogallo
Regno Unito
Repubblica di Moldova
Romania
San Marino
Serbia
Slovacchia
Slovenia
Spagna
Svezia
Svizzera
Tagikistan
Turchia
Turkmenistan
Ucraina
Ungheria
Uzbekistan

**World Health Organization
Regional Office for Europe**

UN City, Marmorvej 51,
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark
Tel.: +45 45 33 70 00 Fax: +45 45 33 70 01
Email: eurocontact@who.int
Website: www.who.int/europe