

I DETERMINANTI SOCIALI DI SALUTE E DI MALATTIA

Morena Stroschia, Giuseppe Costa

Morena Stroschia - Medico con formazione specifica in Medicina Generale e specialista in Igiene e Medicina
Università degli Studi di Torino – Dipartimento di Scienze Cliniche e Biologiche

Giuseppe Costa - Professore Ordinario di Igiene presso l'Università di Torino.
Dirige la S.C.a. D.U. Servizio Sovrazonale di Epidemiologia dell'ASL TO3,
centro di riferimento per i Determinanti sociali di salute e salute in tutte le politiche.

La popolazione italiana in media sta bene: sta meglio rispetto al passato e spesso anche rispetto a chi vive nel resto d'Europa. Eppure le medie camuffano l'esistenza di differenze sistematiche. Viviamo in una società stratificata, dove le persone più privilegiate stanno meglio, si ammalano di meno e vivono più a lungo [1].

Questo è evidente per qualunque indicatore di salute (mortalità, ricoveri, salute soggettiva ecc.) e in qualunque modo misuriamo lo stato socioeconomico (con il livello di istruzione, la classe professionale, il reddito) ma l'intensità delle disuguaglianze è variabile secondo il contesto di vita, l'età e il genere.

Le disuguaglianze di salute sono molto evidenti tra gli uomini ma un po' meno intense tra le donne (perché in qualche modo "appianate" dalla maggior prevalenza di comportamenti a rischio, fumo, alcool e l'età avanzata al primo figlio, tra le donne più ricche) e tra gli anziani (per fenomeni di selezione che portano i soggetti di più basso stato sociale a soccombere prima). Su base geografica, invece, si riscontrano disuguaglianze di intensità maggiore nei paesi dell'Europa dell'Est, quindi in quelli dell'Europa centro-settentrionale e infine nelle nazioni mediterranee meridionali.

Se si potessero eliminare queste disuguaglianze, se cioè tutta la popolazione avesse tassi di mortalità pari a quelli dei soggetti più istruiti, la mortalità si ridurrebbe molto tra gli uomini in Ungheria (50%) e tra le donne in Estonia (40%), si ridurrebbe del 30-35% (tra gli uomini) e del 20-30% (tra le donne) nell'Europa centro-settentrionale mentre nei paesi mediterranei (Italia e Spagna) la riduzione nella mortalità sarebbe più contenuta: 20% tra gli uomini e 10-20% tra le donne [2].

Il divario Est-Ovest nell'intensità delle disuguaglianze di mortalità osservato in Europa si riscontra, anche se su scala più ridotta, tra le regioni italiane con un analogo gradiente Nord-Sud (Fig. 1). Ad esempio la salute soggettiva è sistematicamente peggiore nei meno istruiti rispetto ai laureati, però questo divario di salute è più evidente nelle regioni meridionali rispetto a quelle centro-settentrionali, probabilmente per le differenti capacità del contesto di mitigare la povertà di risorse individuali.

Infine un'ultima caratteristica è che le disuguaglianze di salute sono a gradiente, cioè quando si misura la salute su una scala di posizione sociale che ha un significato ordinale (es. titolo di studio, posizione nella professione) il livello di salute di ogni posizione sociale è sistematicamente peggiore di quello della posizione sociale immediatamente sovraordinata e migliore di quella sottordinata; dunque non sembra riconoscibile nella relazione dose-risposta una "soglia" di posizione sociale al di sopra della quale la posizione risulterebbe indifferente.

Le disuguaglianze di salute socialmente determinate sono ingiuste e modificabili; pertanto sono disparità evitabili. Ecco perché lo stato e le regioni dovrebbero proporsi di adottare una strategia sistematica e di lungo termine per ridurre queste disparità nella salute e nella qualità sociale della vita [3].

Le disparità sociali nella salute sono un problema complesso che nasce da una rete fitta di meccanismi

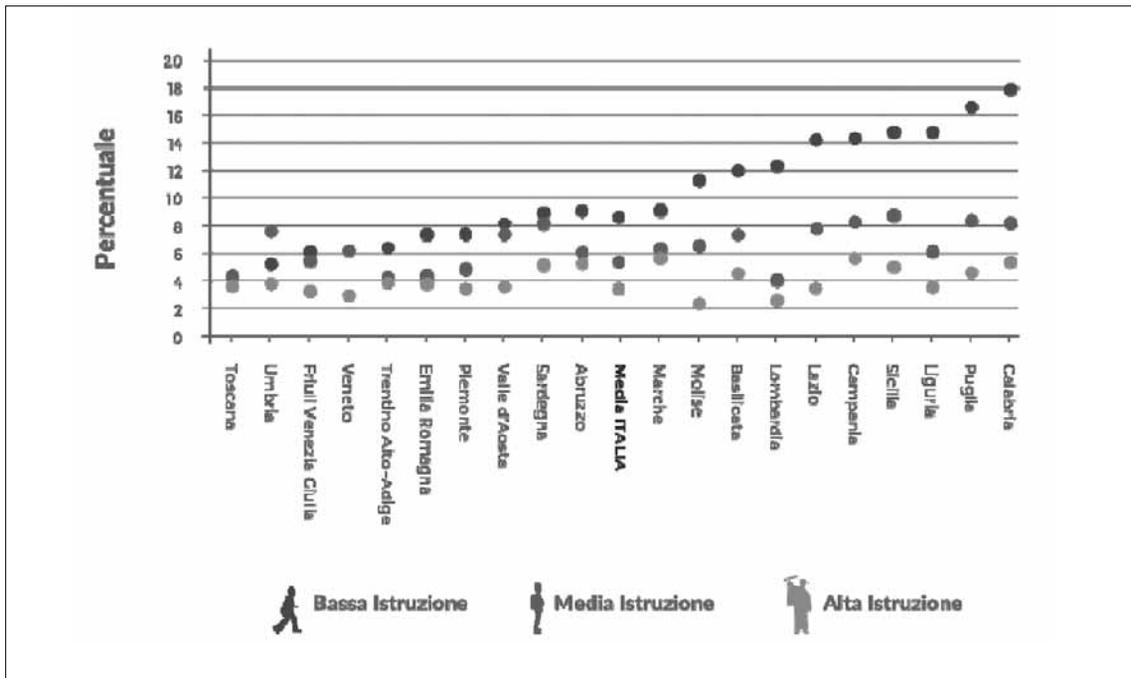


Figura 1. Disuguaglianze nella salute soggettiva (indice di cattivo stato fisico: risposte "male" o "molto male" alla domanda "come giudica la sua salute") per titolo di studio nelle regioni italiane. Uomini 25-84 anni. Elaborazione a cura del Servizio di Epidemiologia ASLTO3 su dati ISTAT, indagine multiscopo sulla salute 2013. Elaborazione grafica: Anna La Rosa.

di generazione riassumibili in uno schema (Fig. 2) in cui, al centro sono elencate le quattro categorie di stati/eventi che compongono la storia naturale di un problema di salute e delle sue ripercussioni sociali, sulla destra sono elencate nel dettaglio le componenti di ogni categoria, mentre sulla sinistra sono identificati (frecche tratteggiate) i punti di ingresso delle politiche di contrasto alle disuguaglianze che possono intervenire in ciascuno di questi quattro momenti fondamentali [4].

Questi meccanismi partono da lontano e riguardano le circostanze di vita, economiche ambientali e psicologiche, attraversate dalla persona nell'infanzia, e poi nell'età adulta e anziana, circostanze che costruiscono la posizione sociale della persona. Questi sono i cosiddetti determinanti distali di salute, cioè le condizioni che determinano un diverso grado di capacità di controllo sulle risorse (materiali, di status, sociali ecc.) che misuriamo come livello di istruzione, condizione occupazionale, posizione nella professione, reddito, reti familiari ecc.

La stratificazione sociale a sua volta influenza il diverso grado di esposizione ai determinanti prossimali, cioè i fattori di rischio che sono più direttamente responsabili dell'insorgenza di un problema di salute o della sua evoluzione verso gli esiti sfavorevoli: i fattori ambientali e lavorativi (es. esposizione a inquinamento atmosferico, prossimità a siti inquinati, esposizione ad agenti chimici, fisici, biologici, ergonomici, psicosociali come quelli legati all'organizzazione del lavoro), comportamentali (tutti gli stili di vita: fumo, alcool, alimentazione ricca di grassi e povera di frutta e verdura, sedentarietà, sesso non protetto) e la limitazione di accesso ai fattori protettivi per la salute (es. accessibilità ai servizi sanitari). Tali meccanismi possono sovrapporsi o concorrere tra loro nella traiettoria di vita di una persona, in modo cumulativo, o agendo in fasi critiche della vita, o solo secondo particolari sequenze.

Tuttavia l'autonomia e la discrezionalità di un individuo è limitata da fattori che rimangono fuori dalla sua capacità di controllo; perfino le scelte relative ai principali stili di vita, ad esempio fumo, esercizio fisico e dieta, sono influenzate dalle circostanze socio-economiche di vita che ne limitano la libertà di scelta. Nella misura in cui le disparità sistematiche di salute sono influenzate dalle disuguaglianze nel modo con cui la società distribuisce le risorse, allora è responsabilità della comunità e dello Stato di mettere in opera le azioni più utili a rendere questa distribuzione più giusta.

Una sanità pubblica che riduca le disparità sociali nella salute è anche una politica che promuove le capacità dello sviluppo. Ci sono molte prove che documentano come il livello di salute e, soprattutto, il livello di equità nella salute di una comunità sia correlato con la sua capacità di produrre ricchezza e sviluppo.

Inoltre è stato stimato che le disuguaglianze sociali di mortalità e di morbosità avrebbero anche un impatto economico significativo sulla società, un impatto che potrebbe essere dello stesso ordine di grandezza del finanziamento del servizio sanitario pubblico nel nostro paese [6].

In conclusione le disuguaglianze sociali di salute:

- sono evidenti in Italia lungo le principali dimensioni di stratificazione sociale;
- sono un fenomeno a gradiente che riguarda ogni posizione della scala sociale a confronto con la posizione più avvantaggiata;
- nascono da meccanismi conosciuti, misurabili e in parte contrastabili;
- accumulano i loro effetti sulle categorie più vulnerabili e svantaggiate;
- incominciano ad essere oggetto di attenzione delle politiche sociali e sanitarie;
- è conveniente per la società ridurle.

Considerando queste premesse, è necessario che una comunità di professionisti della misura e della valutazione in medicina e sanità introduca il tema dei determinanti sociali di salute nella propria agenda di ricerca, di formazione e di intervento nella società.

Bibliografia

- [1] G. Costa, T. Spadea, M. Cardano (a cura di), Le disuguaglianze di salute in Italia, *Epidemiologia e Prevenzione*, 28(3) 2004.
- [2] G. Costa, M. Bassi, G.F. Gensini, M. Marra, A.L. Nicelli, N. Zengarini. (a cura di), *L'equità nella salute in Italia- Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*, Franco Angeli e Fondazione Smith Kline, Milano 2014.
- [3] M. Marmot, S. Friel, R. Bell, T.A.J. Houweling, S. Taylor, on behalf of the Commission on Social Determinants of Health, Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health, *The Lancet*, Volume 372, Issue 9650, Pages 1661 - 1669, 8 November 2008.
- [4] N. Zengarini, T. Spadea, A. Ranzi, Principali meccanismi di generazione delle disuguaglianze di salute: i determinanti distali e prossimali e il loro impatto relativo, in: G. Costa, M. Bassi, G.F.
- [5] T. Ståhl, M. Wismar, E. Ollila, E. Lahtinen, K. Leppo, *Health in All Policies. Prospects and potentials*, Ministry of Social Affairs and Health, Finland, 2006.
- [6] J.P. Mackenbach, W.J. Meerdling, A.E. Kunst. Economic implications of socio-economic inequalities in health in the European Union. Services of the European Commission (OIL), Luxembourg, July 2007.

Sitografia

www.disuguaglianzedisalute.it